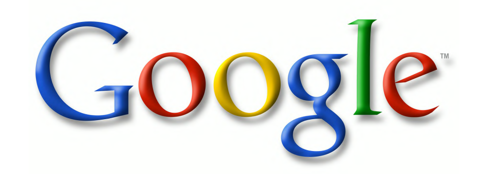
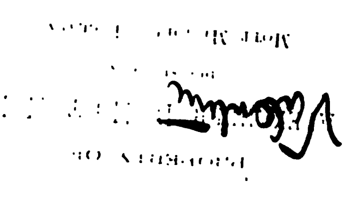



LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
L41 .V18 3 STOR
Guide du medecin praticien : ou, resum
24503401658



# GUIDE

DU

# MÉDECIN PRATICIEN

---

TOME TROISIÈME.

*Librairie de J.-B. Baillière et Fils.*

---

**Traité des Névralgies**, ou Affections douloureuses des nerfs, par F. L. I. VALLEIX. Paris, 1841, in-8 de 720 pages. 8 fr.

**Clinique des maladies des Enfants nouveau-nés**, avec 2 planches coloriées représentant le céphalématome sous-péricrânien, et son mode de formation, par F. L. I. VALLEIX. Paris, 1838, in-8. 8 fr. 50

**Des indications et des contre-indications en médecine pratique**, par F. L. I. VALLEIX. Paris, 1844, in-4 de 43 pages. 1 fr. 50

**De la névralgie dorsale ou intercostale**, par F. L. I. VALLEIX. Paris, 1840, in-8 de 101 pages. 2 fr.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

# GUIDE

DU

# MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

## DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES

PAR

**F. L. I. VALLEIX,**

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ,

Membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique de Paris,
de la Société médicale des hôpitaux, etc.

---

**QUATRIÈME ÉDITION.**

REVUE, AUGMENTÉE, ET CONTENANT LE RÉSUMÉ DES TRAVAUX LES PLUS RÉCENTS,

PAR MM. LES DOCTEURS

**V.-A. RACLE**

Médecin des hôpitaux de Paris,
ex-chef de clinique médicale de la Faculté
de médecine.

**P. LORAIN**

Ex-interne lauréat des hôpitaux,
lauréat de la Faculté de médecine de Paris,
membre de la Société de biologie.

---

## TOME TROISIÈME

**Maladies des voies respiratoires. — Maladies des voies circulatoires.
Maladies des voies digestives.**

---

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES
Hippolyte Baillière, 219, Regent-street.

NEW-YORK
H. et Ch. Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1860



4r7

# GUIDE

DU

# MÉDECIN PRATICIEN

## LIVRE CINQUIÈME.

**Maladies des voies respiratoires.**

(Suite.)

## CHAPITRE VI.

### MALADIES DES PLÈVRES.

L'étude des affections des plèvres, comme celle des maladies des bronches et du parenchyme pulmonaire, a fait, dans ces dernières années, d'immenses progrès. C'est un fait qui n'est aujourd'hui contesté par personne, et si nous le signalons ici, c'est uniquement pour expliquer comment, dans le cours des articles qui vont suivre, on ne trouvera, relativement aux symptômes et au diagnostic de ces maladies, qu'un petit nombre de renseignements empruntés aux auteurs des siècles précédents. N'ayant pas les moyens nécessaires pour étudier convenablement ces maladies, ils nous ont laissé des documents trop imparfaits pour être d'une utilité réelle dans la pratique.

Les maladies des plèvres ont été diversement envisagées, même dans ces derniers temps. Les auteurs du *Compendium de médecine pratique* ont, sous le nom d'*hydrothorax*, réuni des épanchements de nature très diverse, et traité à peu près de toutes les maladies de la plèvre. La raison principale qu'ils ont fait valoir en faveur de cette opinion est que, dans la même maladie, un épanchement peut être séreux à une certaine époque, et constituer l'hydrothorax; tandis que plus tard il devient purulent et constitue un empyème. Ils admettent bien qu'il serait important de distinguer l'épanchement produit par la sérosité de ceux qui sont formés de pus ou de sang; mais comme cette distinction ne leur paraît point possible pendant la vie, ils finissent par la rejeter; de sorte qu'en définitive l'hydrothorax est pour eux *tout épanchement morbide et assez abondant d'un liquide limpide, sanguinolent ou séro-purulent, formé pendant la vie, et primitivement, dans les deux cavités pleurales ou dans l'une d'entre elles.* Or, comme

l'hydrothorax ainsi conçu comprend l'épanchement produit par la pleurésie, soit aiguë, soit chronique, et par la simple hydropisie des plèvres, il en résulte, suivant les auteurs que nous venons de citer, que l'hydrothorax appartient à chacune de ces maladies.

Cette manière de voir a, au premier abord, certains avantages pratiques, et nous nous empresserions de l'adopter si d'autres raisons de la même nature, et plus fortes, selon nous, ne venaient s'y opposer. Il est certain que, dans les principales maladies de la plèvre, la sérosité, du moins à certaines époques, peut constituer seule l'épanchement; il n'est pas moins vrai que le diagnostic devient très difficile dans beaucoup de cas, lorsqu'il s'agit de déterminer positivement s'il existe, dans la cavité pleurale, du sang, un liquide purulent, ou simplement de la sérosité; mais il est également hors de doute que, dans des cas bien authentiques, la nature de l'épanchement peut être déterminée, et que l'on a pu établir des différences extrêmement marquées, dans certains cas, entre une accumulation de liquide produite par l'inflammation aiguë ou chronique des plèvres, et une simple exhalation de sérosité. Au reste, la difficulté du diagnostic n'est point un motif suffisant pour confondre entre elles des altérations dues à des affections d'ailleurs très différentes. Enfin, et c'est là le motif le plus puissant, il n'est pas indifférent, pour le mode de traitement qu'on veut employer, d'établir une distinction complète entre les divers épanchements de la plèvre, suivant leur nature. Si l'on ne peut le faire que dans un nombre limité de cas, ne rejetons pas du moins, pour ces cas, cette utile distinction.

Nous suivrons donc la division naturelle qui a été admise par la grande majorité des auteurs, depuis que les maladies des plèvres et du poumon ne sont plus confondues, et surtout depuis que l'auscultation, la percussion et l'exploration plus attentive de la poitrine sont venues donner un plus haut degré de précision au diagnostic naturellement incertain de nos prédécesseurs.

Après avoir décrit le *pneumothorax*, qui, dans la grande majorité des cas, rattache les maladies de la plèvre à celles du parenchyme pulmonaire, nous dirons un mot de l'*épanchement de sang dans les plèvres;* puis nous décrirons successivement la *pleurésie aiguë simple*, la *pleurésie chronique*, et l'*hydrothorax*. Quant aux diverses *dégénérescences de la plèvre*, aux *productions accidentelles* qui peuvent s'y montrer, à la *gangrène*, les faits de ce genre sont si rares et si peu importants pour le praticien, qu'il suffit d'en mentionner l'existence.

## ARTICLE I[er].

### PNEUMOTHORAX.

Le pneumothorax n'est presque jamais une affection primitive; car, en admettant, avec quelques auteurs, et notamment avec Laennec, l'existence d'un pneumothorax sans lésion organique, et, par suite, d'une simple exhalation de gaz à la surface de la plèvre, on doit du moins regarder les cas de ce genre comme excessivement rares. Il s'ensuit donc que cette maladie est généralement une terminaison d'une affection antérieure, et que, sous ce rapport, elle semble ne point mériter une description particulière. Mais, comme on le verra plus loin, l'épanchement

d'air dans les plèvres est produit par des causes organiques différentes; il a des symptômes qui lui sont propres, et il présente des particularités très importantes sous le rapport du diagnostic : ce sont autant de motifs de l'étudier séparément.

Le pneumothorax n'est bien connu que depuis Laennec. Il suffit de lire les réflexions que fait Morgagni (1) sur quelques cas où la *succussion hippocratique* avait produit la fluctuation thoracique, pour voir combien étaient vagues les idées des anciens sur les causes et la nature de cette maladie.

Itard (2) poussa beaucoup plus loin les recherches sur les épanchements d'air dans la plèvre, et déjà Bayle avait recueilli une observation dans laquelle la présence de l'air dans cette cavité séreuse avait été constatée; mais ce n'était encore là qu'un rudiment de l'histoire du pneumothorax, comme on peut s'en assurer en lisant ce que dit Itard relativement à la cause déterminante : « On la trouve, dit-il, dans la fonte colliquative du poumon, par suite d'une suppuration sourde et le repos prolongé du pus dans une cavité sans ouverture, d'où suit l'absorption de ce liquide stagnant et sa décomposition en fluide aériforme. »

Ces citations font voir où en était la science lorsque Laennec publia ses recherches. Depuis lors, un nombre assez considérable de faits ont été publiés par divers auteurs, et l'on peut en réunir une quantité suffisante pour tracer une description complète de cette maladie.

Déjà M. Saussier (3), rassemblant à peu près tous les faits connus de pneumothorax, a jeté un intérêt nouveau sur les points les plus importants de son histoire. Nous emprunterons à son mémoire plusieurs renseignements précieux. Cet auteur a divisé l'affection en un grand nombre de variétés, suivant qu'elle est produite par tel ou tel état des organes respiratoires; nous n'indiquerons pas ici cette division très détaillée, nous réservant de la rappeler à l'occasion des causes.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le *pneumothorax* est une accumulation d'air dans la cavité de la plèvre, quelle qu'en soit la cause. Dans un bon nombre de cas, il existe un épanchement liquide en même temps que cette accumulation de gaz ; on désigne alors la maladie sous le nom de *pneumo-hydrothorax*.

Le mot de *congestion gazeuse dans les plèvres* est à peu près le seul qu'on ait donné comme synonyme de *pneumothorax*, depuis que la maladie est bien connue.

Si l'on compare la *fréquence* du pneumothorax à celle des maladies qui lui donnent lieu, on peut dire qu'elle n'est pas grande. M. Louis, qui a, comme on sait, étudié la phthisie chez un si grand nombre de sujets, n'a trouvé que huit cas qui lui aient fourni des exemples de cet accident. Laennec n'en a recueilli également que quelques observations. Néanmoins il existe dans les recueils de médecine un assez grand nombre de cas d'épanchement d'air dans les plèvres, puisque M. Saussier a pu en rassembler cent soixante observations. Mais comme le pneumothorax a, dans ces dernières années, fixé fortement l'attention des observateurs, et qu'on a

(1) *De causis et sedibus morborum*, t. V, epist. XVI, p. 36 et seq.
(2) *Dissert. sur le pneumothorax*. Paris, 1803.
(3) *Rech. sur le pneumothorax, etc.* Paris, 1841.

recueilli avec soin presque tous les cas qui se sont présentés, cette multiplicité de faits ne prouve pas réellement que la maladie soit fréquente.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

On ne connaît point de causes prédisposantes du pneumothorax. Chez les phthisiques qui présentent le plus souvent cet accident, tout dépend de la position des tubercules à la surface du poumon. Cependant M. Louis, n'ayant observé le pneumothorax que chez des sujets dont la maladie avait duré de six à seize mois, et qui avaient de vingt-quatre à quarante-cinq ans, s'est demandé si la perforation du parenchyme pulmonaire pouvait avoir lieu dans la phthisie très chronique et chez les vieillards. J'ai réuni trente observations dans le but d'éclaircir cette question, et le résultat a été absolument semblable à celui qu'a obtenu M. Louis.

M. le docteur Lees (1) a vu un pneumothorax dû à la perforation d'une caverne tuberculeuse chez un *enfant de deux ans*.

#### 2° Causes occasionnelles.

La *rupture d'un foyer tuberculeux* dans la cavité de la plèvre est, sans contredit, la cause la plus fréquente du pneumothorax. Des trente observations dont nous avons parlé, vingt-quatre ont été prises chez des phthisiques, et, sur ce nombre, il n'est qu'un cas rapporté par Laennec (2) où l'on n'ait pas trouvé de solution de continuité à la surface du poumon. Dans les recherches de M. Saussier, la proportion a été un peu moindre, puisque, sur cent quarante et un cas de pneumothorax non traumatique, quatre-vingt-un seulement ont, d'une manière incontestable, été trouvés chez des phthisiques; mais : 1° nous verrons plus loin les doutes qui s'élèvent relativement au pneumothorax produit sans perforation du poumon, et 2° dans les cas où l'on n'a pas indiqué l'existence de la phthisie, quatre fois la maladie n'est point notée. On se demande même si la grande difficulté qu'on éprouve, dans certains cas, à examiner attentivement l'état des parties malades, n'aurait pas fait souvent passer inaperçue une fistule très petite et perdue dans les fausses membranes. On est d'autant plus autorisé à faire ces réflexions, que M. Bricheteau a cité un cas (3) dans lequel une dissection attentive a pu seule faire reconnaître la trace d'une fistule complétement oblitérée par une fausse membrane dense.

Après la rupture d'un tubercule, la production d'un gaz, soit *par la plèvre* plus ou moins altérée, soit par *la décomposition du liquide pleurétique ou sanguin*, soit enfin par la *perforation du poumon* déterminée par le liquide pleurétique, est la cause qui, d'après les recherches de M. Saussier, serait la plus fréquente. Il a trouvé, en effet, ces variétés trente fois sur cent dix-sept cas; mais l'appréciation de cette cause est encore subordonnée à l'exactitude du diagnostic et des descriptions anatomiques.

Viennent ensuite la *gangrène du poumon* et la *rupture d'un noyau apoplectique*

(1) *Dublin Journal of med. sc.*, mars 1843.
(2) *Traité de l'auscultation médiate.*
(3) *Clinique médicale de l'hôpital Necker* (Paris, 1833) : *Pneumothorax*, obs. 4.

dans la plèvre. M. Stockes a vu un cas dans lequel la *rupture de quelques vésicules emphysémateuses* a donné lieu à un pneumothorax très caractérisé. A l'article *Emphysème*, nous avons vu combien cet accident était rare. Laennec admet la possibilité de cette cause plutôt qu'il n'en démontre l'existence; cependant M. Saussier en cite quatre autres exemples.

Plus rarement, l'air échappé des vésicules rompues *décolle la plèvre* et s'accumule sous elle. M. Cruveilhier a observé un cas de ce genre. Nous avons cité, à l'article *Emphysème*, celui qui a été rapporté par M. Bouillaud, et dans lequel l'ampoule produite par le gaz ressemblait à un estomac. Enfin M. Saussier indique quelques cas de pneumothorax par suite de rupture d'un *abcès du poumon* ou d'*hydatides* de cet organe et du foie. Il signale d'autres cas où l'accident a été occasionné par un *cancer ulcéré* du poumon, un *cancer de l'estomac*, un *abcès des ganglions bronchiques*, une *rupture de l'œsophage;* ces derniers sont extrêmement rares.

Des *coups* reçus sur la poitrine ont parfois été suivis d'une altération profonde du poumon, d'une *inflammation gangréneuse* de cet organe, et, par suite, du pneumothorax. Dans un cas cité par M. Stokes, une contusion de la poitrine donna lieu à une douleur locale, et, au bout de quatre mois, à une tuméfaction et à la fluctuation. L'ouverture de la poitrine ayant fait écouler un liquide séreux, bientôt après on entendit l'air pénétrer à plusieurs reprises dans la plèvre par l'ouverture des parois thoraciques, et le pneumothorax se produisit. On a cité d'autres exemples de cette affection dus à la *perforation des parois du thorax* et à l'introduction de l'air dans la plèvre par l'ouverture accidentelle.

M. Roger (1) cite une observation d'un pneumo-hydrothorax qui se développa immédiatement *après la thoracocentèse* chez un homme portant un épanchement pleurétique depuis quatre ans, et à qui on retira 3300 grammes de pus.

Tout le monde connaît ce cas rapporté par Littre, dans lequel un *épanchement de sang* dans la cavité pleurale fut suivi d'un dégagement de gaz et de tous les signes du pneumothorax. On a expliqué ce phénomène par la décomposition du liquide.

D'autres ont admis, comme cause de la maladie dont il s'agit, la décomposition d'un autre liquide accumulé dans la plèvre : le pus, par exemple. Sans nier la possibilité du fait, nous ferons remarquer que les observations citées à l'appui de cette manière de voir sont les moins exactes; et si l'on se rappelle les précautions qui sont nécessaires pour s'assurer de la non-existence d'une fistule, on verra combien il serait important d'avoir à cet égard des faits plus détaillés. C'est aussi la conclusion à laquelle est arrivé M. Hughes, qui a publié (2) des recherches fort intéressantes sur le pneumothorax.

Enfin M. Graves (3) a cité un cas de *pleuropneumonie* où les signes du pneumothorax eurent lieu pendant six heures, et disparurent ensuite complétement. M. Graves explique ce fait, en admettant l'exhalation, par la plèvre enflammée, d'un gaz qui aurait été ensuite complétement résorbé. C'est certainement là un des cas les plus rares qui existent. Nous en avons vu récemment un second exemple

(1) *Union médicale*, 22 octobre 1850.
(2) *London medical Gazette*, 1845.
(3) *Dublin Journal*, n° 16.

sur un aliéné. L'épanchement d'air était si considérable, que le cœur battait à deux travers de doigt en dehors du bord droit du sternum. La seule différence entre ce cas et celui de M. Graves est que le pneumothorax mit trois jours à se dissiper : il n'y avait pas de liquide épanché dans la cavité pleurale.

Il suit de ce qui précède que la cause principale du pneumothorax est la rupture d'un foyer tuberculeux dans la plèvre. Cette rupture, comme tous les accidents de ce genre, a lieu à la suite d'*un effort quelconque.*

## § III. — Symptômes.

Le pneumothorax présente quelques différences, suivant qu'il a eu lieu avec épanchement de liquide, ce qui est, sans aucune comparaison, le cas le plus commun, ou sans épanchement. Suivant M. Stokes (1), il faudrait admettre, d'après la forme de l'orifice externe de la fistule, deux autres espèces de pneumothorax. Dans l'une, l'orifice fistuleux, étroit et fermé par un bord flottant semblable à une valvule, ne permet pas à l'air épanché dans la plèvre de refluer dans les bronches, tandis que dans l'autre, l'orifice, large et non oblitéré, laisse entrer et sortir l'air avec facilité. Ces deux espèces présentent, il est vrai, quelques nuances ; mais la différence n'étant que du plus au moins, il serait inutile de les décrire séparément.

Nous confondrons dans cette description le pneumothorax et le pneumo-hydrothorax, nous bornant à y ajouter les signes qui sont propres au dernier.

*Début.*—Le début n'a été étudié avec soin que depuis la publication du Mémoire de M. Louis. Laennec lui-même n'a pas fixé suffisamment son attention sur ce point, quoique, dans un très grand nombre de cas, il soit très remarquable. M. Louis a en effet noté, chez tous les sujets moins un, une *douleur* qui s'est manifestée *tout à coup* dans un côté de la poitrine, et qui a été suivie promptement des autres symptômes du pneumothorax. MM. Bricheteau et Stokes ont fait la même observation sur plusieurs de leurs malades. Dans quelques cas, au contraire, les auteurs disent formellement que les signes du pneumothorax se sont manifestés graduellement. M. Hughes a même vu des cas dans lesquels l'invasion du pneumothorax n'a été révélée par aucun symptôme particulier. Cet auteur explique le fait par une profonde altération du tissu pulmonaire et des adhérences pleurétiques très étendues. On peut aussi l'expliquer en admettant le pneumothorax sans perforation ; on comprend même qu'une fistule très étroite, formée par la rupture d'un très petit tubercule, ne donne lieu qu'à des accidents légers ; mais il n'est pas douteux que ces cas ne soient très rares, et il est très probable que, dans des circonstances graves, comme celles où se produit le pneumothorax, la douleur, quoique subite et assez intense, n'aura point été notée, soit qu'elle n'ait pas été accusée par le malade, soit que le médecin n'ait pas fixé son attention sur elle. Quelquefois cette douleur est si violente et si promptement suivie d'une excessive anxiété, qu'il est bien extraordinaire que les auteurs n'aient point signalé ce fait avant la publication des recherches que nous venons d'indiquer.

M. Stokes (2) cite un cas dans lequel le malade sentit, au milieu d'un accès de toux, un *craquement subit* immédiatement suivi de la *sensation d'un corps qui*

(1) *Dublin Journal*, septembre 1840.
(2) *On the disease of the chest*, p. 334.

*se répandait dans la cavité thoracique.* M. Louis a observé un fait analogue. A la suite d'un accès de toux considérable, le sujet éprouva tout à coup une sensation pareille à celle d'un *vent* qui circulait de bas en haut. Les autres observations ne contiennent rien de semblable.

L'existence de cette douleur tenant évidemment à la rupture de foyers tuberculeux, gangréneux, purulent, pourrait servir à faire distinguer le pneumothorax avec perforation primitive, du pneumothorax avec perforation secondaire ou sans perforation ; mais le peu de précision des observations ne permet pas de se prononcer encore sur ce point, ainsi qu'on le verra bientôt.

*Symptômes.* — La douleur si vive que nous avons vue se produire au début du pneumothorax persiste ensuite, et si d'abord elle était, comme cela a lieu ordinairement, circonscrite dans le point correspondant à la perforation, elle ne tarde pas à se répandre dans tout le côté de la poitrine affecté. Cependant, au bout d'un certain temps, elle devient plus tolérable, et diminue souvent à mesure que la dyspnée et l'oppression augmentent. Chez la femme observée par M. Louis, et dont nous avons parlé plus haut, la sensation d'un gaz circulant dans la poitrine se prolongea pendant quelque temps. L'intensité de la douleur est variable. Chez quelques sujets, quoiqu'elle se soit produite de la même manière que dans les cas les plus violents, elle est tolérable même à son début, et seulement remarquable alors par ce début subit. Enfin M. Louis a constaté que la douleur n'était en rapport ni avec la largeur de la perforation, ni avec la quantité de la matière épanchée.

Tel est cet important symptôme ; mais, quoique très fréquent, il n'est pas constant, ainsi que nous l'avons déjà dit, et dans le cas où il manque, les autres symptômes qui vont être décrits acquièrent une grande valeur.

La *dyspnée* devient très rapidement considérable ; elle s'accompagne d'une anxiété plus ou moins vive et d'une oppression fort pénible. Dans le plus grand nombre des cas que nous avons réunis, les malades étaient obligés de se coucher sur le côté affecté, ou très rarement et passagèrement sur le dos. Cependant M. Stokes rapporte un cas où le sujet ne pouvait se coucher sur le côté malade. Nous avons vu récemment à l'hôpital Sainte-Marguerite un cas semblable, mais seulement au début, ce qui tenait, sans aucun doute, à l'intensité de la douleur. Quelques-uns sont obligés de se mettre sur leur séant pour respirer, et ne peuvent se coucher sur le côté sain sans être suffoqués. Dans un cas observé par M. Bricheteau, le malade se plaignait d'avoir la poitrine comprimée *comme dans un étau.* Ce symptôme est, comme on le voit, très important ; cependant il résulte encore des recherches de M. Hughes, que la dyspnée peut être très supportable, et alors il est plus difficile d'être mis sur la voie autrement que par les signes physiques.

Tels sont les symptômes principaux du pneumothorax sans épanchement. Disons maintenant un mot du *pneumo-hydrothorax*, et nous terminerons par la description des signes physiques de cette affection.

*Pneumo-hydrothorax.* — Dans le plus grand nombre des cas, peu de temps après l'apparition des symptômes qui viennent d'être indiqués, il se forme, dans le côté de la poitrine affecté, un épanchement séro-purulent plus ou moins considérable, et des fausses membranes souvent très épaisses. C'est dans des cas semblables que l'on a constaté la *fluctuation hippocratique*, pour laquelle il faut, comme on le sait, la présence, dans la cavité de la plèvre, d'une certaine quantité

de liquide surmonté par un gaz. Morgagni rapporte plusieurs cas empruntés aux auteurs contemporains ou qu'il a observés lui-même, et dans lesquels, au moindre mouvement, les malades sentaient le flot du liquide et en entendaient le bruit, qui quelquefois aussi était perçu par les assistants.

Parfois on a vu, dans le cours d'un pneumo-hydrothorax, une expectoration très abondante de matière séro-purulente avoir lieu en peu d'instants, et immédiatement après, la sonorité tympanique du thorax augmenter considérablement d'étendue et occuper les points où existait auparavant une matité notable. On a naturellement expliqué ces phénomènes par le reflux du liquide dans les bronches à travers une large fistule, et son rejet au dehors avec la matière ordinaire de l'expectoration.

Ce sont là, avec quelques signes particuliers fournis par l'auscultation et la percussion, les différences qui existent entre le pneumothorax avec épanchement liquide et le pneumothorax simple ou sans épanchement : espèce qui, comme nous l'avons dit, est de beaucoup la plus rare.

La *percussion* et l'*auscultation* fournissent des signes précieux pour l'étude de cette maladie. L'*inspection* de la poitrine et la *mensuration* méritent aussi d'attirer un instant notre attention. Dans le plus grand nombre des cas, on voit que le côté du thorax affecté est bombé et dilaté; les espaces intercostaux sont effacés de telle sorte, qu'à l'œil on ne distingue pas facilement la place des côtes. Lorsque l'air est accumulé en grande quantité, la mensuration fait reconnaître, d'une manière plus précise, cette dilatation de la poitrine; mais dans les cas peu fréquents où, comme M. Stokes en a fait la remarque, l'air entre et sort librement par l'ouverture fistuleuse, ces signes sont beaucoup moins marqués. Dans un cas rapporté par Laennec, le côté malade était, au contraire, plus étroit; mais cette anomalie tenait à ce que le sujet, précédemment affecté de pleurésie chronique, avait déjà un rétrécissement notable de ce côté de la poitrine. Nous rappellerons ce fait à l'occasion du diagnostic. M. Hughes a vu aussi des cas dans lesquels la dilatation n'existait pas. Dans les grands efforts d'inspiration et d'expiration, les côtes du côté affecté restent immobiles.

Par la *percussion* on obtient un son beaucoup plus clair dans tous les points où s'est fait l'épanchement d'air. On sent en même temps, sous le doigt qui percute, une plus grande élasticité des parois thoraciques. Lorsque l'accumulation de l'air est très considérable, le son est véritablement *tympanique*. Il est néanmoins des circonstances, et c'est encore M. Hughes qui en a fait la remarque, où ce symptôme est peu tranché.

Dans les points où existe cette exagération de la sonorité, l'*auscultation* fournit les signes suivants : Diminution considérable du bruit respiratoire, ou même absence complète de la respiration; celle-ci s'entend quelquefois d'une manière confuse; elle paraît se faire à une distance éloignée de l'oreille; le retentissement de la voix est très faible dans les mêmes points, et si l'on applique la main sur la poitrine au moment où le malade parle ou tousse, on ne sent pas cette vibration que le son lui communique dans l'état normal.

Un autre phénomène très remarquable est le *bourdonnement amphorique*. C'est pour l'expliquer que la distinction de M. Stokes est importante. Il faut, en effet, pour qu'il ait lieu, qu'une communication facile existe entre les bronches et la

plèvre; alors l'air entrant dans celle-ci, comme dans une vaste caverne, produit le bourdonnement amphorique avec un léger timbre métallique qui a été décrit par tous les auteurs. Il n'y a point de contestation sur la manière dont se produit le bourdonnement amphorique; mais il s'en est élevé de très grandes relativement à la production du *tintement métallique;* nous ne croyons pas néanmoins devoir entrer dans cette discussion, qui est étrangère au point de vue sous lequel les maladies sont envisagées dans cet ouvrage. On trouvera des explications à cet égard dans les ouvrages de Laennec, de Dance (1), de MM. Beau (2), de Castelnau (3), Barth et Roger, Skoda, Walshe, etc., etc. Qu'il nous suffise de savoir que le tintement métallique appartient au pneumothorax aussi bien qu'aux cavernes tuberculeuses, et que par conséquent, lorsqu'il existe, c'est entre ces deux affections que doit flotter le diagnostic.

Le pneumothorax avec épanchement de liquide présente les signes que nous venons d'indiquer; mais de plus, la présence du liquide donne lieu aux phénomènes suivants. Dans une étendue plus ou moins considérable du thorax, et toujours à la partie postérieure et inférieure, le son est mat et l'élasticité des parois thoraciques extrêmement diminuée. Dans ce point, l'auscultation dénote ordinairement une absence plus ou moins complète de la respiration. Si l'on pratique la *succussion hippocratique*, c'est-à-dire si, saisissant le malade par les épaules, on agite le thorax en même temps qu'on applique l'oreille sur ses parois, on entend le *flot du liquide* qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, est distingué par le malade lui-même, et quelquefois à distance par les assistants.

Quelle que soit l'espèce du pneumothorax, si la quantité d'air est très considérable, les organes voisins peuvent être refoulés; et, comme le pneumothorax a lieu principalement du côté gauche, on a vu quelquefois le cœur faire sentir ses battements dans le côté droit de la poitrine; MM. Gaide (4) et Stokes en ont rapporté des exemples remarquables. C'est aussi ce que nous avons vu non-seulement dans le cas cité plus haut, mais encore, avec M. le docteur Legendre, chez un jeune élève du collége Chaptal dont la maladie était toute récente et avait commencé d'une manière insidieuse, de telle sorte qu'il est plus que probable qu'il n'y avait chez lui qu'un très petit nombre de tubercules, dont l'un, très voisin de la plèvre, s'est ramolli et s'est vidé dans cette cavité.

En même temps que se manifestent ces symptômes propres au pneumothorax et au pneumo-hydrothorax, ceux de la maladie primitive, qui est presque toujours la phthisie, persistent ou font des progrès, avec quelques modifications apportées par ce nouvel accident. La *toux* devient plus pénible; l'*expectoration* reste ordinairement la même; elle est très abondante lorsqu'il y a évacuation du liquide pleural. M. Stokes a vu des cas où l'expectoration a complétement cessé. MM. Louis et Stokes ont observé un symptôme très remarquable; ils ont vu chacun une fois survenir une *aphonie :* intermittente dans le cas de M. Louis, et continue dans celui dont M. Stokes a rapporté l'histoire. Le *pouls*, toujours fréquent, devient faible, petit, concentré; les fonctions digestives ne sont pas autrement altérées

(1) *Guide pour l'étude de la clinique.* Paris, 1831.
(2) *Traité expérimental et clinique d'auscultation.* Paris, 1856.
(3) *Arch. de méd.*, 3e série, t XII.
(4) *Ibid.*, 1re série, t. XVII.

qu'elles l'étaient auparavant; la face, quelquefois congestionnée, reste plus souvent pâle, ainsi que l'a fait remarquer M. Louis; enfin on a noté un refroidissement plus ou moins marqué des extrémités : signe qu'on observe dans la plupart des perforations.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Au début, le pneumothorax suit une *marche* extrêmement rapide, et la maladie est portée en si peu de temps à un degré si élevé, qu'on doit s'attendre naturellement à une mort très prompte. Cependant les faits présentent de très grandes différences, suivant les cas. Dans un certain nombre, en effet, les symptômes augmentent rapidement de violence et enlèvent promptement les malades, tandis que dans d'autres ils se calment après les premiers jours, et l'affection prend une marche pour ainsi dire chronique.

Dans les faits observés par M. Louis, la *durée* de la maladie a varié de seize heures à trente-six jours. La moitié des sujets n'a pas vécu plus de trois jours après l'accident, et un seul a atteint le maximum de la durée. Mais d'autres auteurs ont vu l'existence se prolonger bien plus longtemps. M. Stokes a observé un sujet qui a vécu pendant treize mois après l'apparition du premier accident, et qui a pu même se livrer à des exercices assez pénibles.

M. Andral (1) a eu dans son service un pneumothorax qui datait de quatre mois, et M. Hughes a cité des cas où la maladie a eu une longue durée. M. Louis (2) a cherché vainement la cause de ces notables différences; il n'a pu la trouver ni dans la force des malades, ni dans la différence du traitement, ni même dans la grandeur plus ou moins considérable des excavations. Toutefois M. Stokes, insistant sur cette dernière circonstance, a cherché à en mieux déterminer la valeur, et, suivant lui, plus la perforation est large, plus la communication entre la fistule et la plèvre est facile, plus il y a de chances de voir se prolonger les jours du malade. Chez le sujet dont il vient d'être parlé, cette communication était très facile. Il résulte de cette disposition, suivant M. Stokes, que l'air peut s'échapper facilement par les bronches, et que, par suite, les accidents sont beaucoup moins graves. On peut de cette manière expliquer comment, chez les sujets observés par M. Louis, ceux dont la perforation ne communiquait pas avec les bronches sont morts en quelques heures.

Quant à la *terminaison* du pneumothorax, elle a toujours été mortelle dans les cas que nous avons rassemblés, excepté toutefois dans celui que nous avons emprunté à M. Graves, et qui, étant entièrement exceptionnel, n'a pas une grande importance. Mais voici ce que l'on trouve à ce sujet dans la thèse de M. Saussier (p. 77). La mort a eu lieu dans tous les cas où le pneumothorax était dû à une perforation tuberculeuse. Des sujets qui présentaient seulement une pleurésie, 12 ont guéri, c'est-à-dire environ les deux cinquièmes; et 4 autres qui avaient, soit une plaie de la poitrine, soit une rupture du poumon, soit une phthisie douteuse, ont également guéri, ce qui porte à 16 sur 147 le nombre des guérisons. La valeur de ces faits est subor-

(1) *Union médicale*, 11 mars 1848.
(2) *Loc. cit.*, p. 487.

donnée à l'appréciation que nous allons faire du diagnostic et de la description des lésions anatomiques.

§ V. — Lésions anatomiques.

Depuis Laennec, les lésions anatomiques du pneumothorax ont été étudiées avec le plus grand soin ; il nous suffira de décrire les principales. Sur le cadavre, l'état de la poitrine est le même que pendant la vie. Le côté affecté est dilaté, plus ou moins globuleux, les espaces intercostaux sont effacés. Par la percussion on produit le même son tympanique que l'on produisait pendant la vie ; on peut même constater le déplacement des organes, et du cœur en particulier, lorsque l'épanchement a lieu à gauche.

La fréquence du pneumothorax, dans l'un ou l'autre côté de la poitrine, diffère suivant les causes qui l'ont produit. Dans la phthisie pulmonaire, par exemple, on trouve les lésions bien plus souvent à gauche qu'à droite. Sur 8 cas, M. Louis les a constatées 7 fois à gauche. Toutefois cette proportion paraît exagérée ; car M. Saussier, examinant un plus grand nombre de faits, a trouvé l'épanchement de gaz 50 fois à gauche, 25 fois à droite, et une fois des deux côtés ; 4 fois son siége n'était pas indiqué.

A l'ouverture du thorax, surtout si l'on commence par faire une simple ponction, l'air s'échappe en sifflant, lorsqu'il est accumulé en assez grande abondance et lorsque la ponction est pratiquée au niveau de la partie sonore. Wolff avait déjà observé ce phénomène (1). Dans le cas, au contraire, où cette ponction est faite au niveau du point occupé par la matité, c'est-à-dire au point correspondant à l'épanchement liquide, il s'écoule une matière purulente ou séro-purulente qui sort d'abord sans bruit ; mais qui, bientôt mêlée à des bulles d'air, s'échappe par un jet moins continu et plus ou moins bruyamment.

Le gaz épanché dans la plèvre est tantôt inodore et tantôt très fétide. On lui a trouvé une odeur d'hydrogène sulfuré, de matière putride, d'ail (Laennec), etc. Si l'on approche une bougie de l'ouverture par laquelle il s'échappe, il peut l'éteindre par la seule force avec laquelle il se dégage. On a cité quelques cas dans lesquels il s'enflammait, au contraire, au contact de la flamme. Si on le recueille et qu'on en détermine la composition, comme l'ont fait MM. Davy et Martin-Solon, on trouve que les proportions d'acide carbonique sont augmentées, et, suivant M. Davy, que l'azote est également en proportion beaucoup plus considérable que dans l'air. M. Martin-Solon croit, au contraire, que l'azote n'est pas notablement surabondant, mais il ne l'a pas exactement mesuré. Quant à l'oxygène, il est beaucoup diminué, ainsi qu'on peut le voir dans les analyses faites par M. Davy : l'acide carbonique a varié de 6 à 8 ; l'oxygène de 2,5 à 5,5, et l'azote de 88 à 90. On conçoit facilement dès lors comment une bougie plongée dans ce gaz s'éteint promptement. Quelques auteurs y ont trouvé une certaine proportion d'hydrogène sulfuré, et c'est ce gaz qui lui communique la propriété de brûler au contact d'une bougie enflammée.

Le liquide épanché dans la plèvre est en quantité très variable. Quelquefois il est peu abondant et l'air remplit presque complétement un côté de la poitrine ; d'au-

(1) *Acta naturæ curiosorum*, t. V, obs. 34.

tres fois, au contraire, celui-ci n'occupe qu'une très petite étendue dans la cavité dont le reste est rempli par le liquide. La matière de l'épanchement présente la même odeur que le gaz : elle est séreuse, purulente ou séro-purulente, de couleur jaune verdâtre, grisâtre; quelquefois, mais plus rarement, blanche comme du pus. Dans un cas, M. Louis l'a trouvée rougeâtre, trouble, et semblable, sauf la densité, à celle qui était contenue dans les cavités tuberculeuses.

La plèvre est tapissée de fausses membranes ordinairement très épaisses, faciles à déchirer, humides, de couleur jaunâtre et de récente formation. Il faut distinguer ces fausses membranes qui se sont produites peu de temps après l'apparition du pneumothorax, de celles qui pouvaient exister antérieurement, et qui, chez les tuberculeux, occupent principalement le sommet du poumon. Celles-ci sont blanches, denses, serrées, résistantes, et tout accuse en elles l'ancienneté de leur formation. Quelquefois, mais plus rarement, la fausse membrane de nouvelle formation est mince et de couleur variable. Dans un cas, Laennec, l'ayant trouvée noire, a attribué cette couleur au contact prolongé du gaz hydrogène sulfuré qui entrait dans la composition de l'air épanché. On a vu parfois des ulcérations plus ou moins considérables exister sur la plèvre, et ces ulcérations ont été attribuées à l'action corrodante du liquide épanché. C'est une question sur laquelle je reviendrai à l'occasion de la pleurésie. Chez un sujet, Laennec a vu des eschares gangréneuses de cette membrane (1).

Le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale, et il a diminué d'autant plus de volume, que l'épanchement liquide et gazeux est plus considérable. Dans quelques cas, retenu dans des brides très résistantes, il a moins cédé à la compression. Son tissu mollasse, non crépitant, présentant presque toujours un plus ou moins grand nombre de tubercules, semble carnifié dans les points où il n'existe pas d'autre altération que celle qui a été produite par la compression.

Mais la lésion la plus importante, et quelquefois aussi la plus difficile à découvrir, est la *perforation du poumon*, cause de tous les accidents. Cette perforation est parfois large et s'aperçoit promptement; parfois aussi la surface du poumon est, dans une certaine étendue, comme criblée par un nombre considérable de perforations. M. Louis n'a rencontré qu'une seule fistule dans les cas qu'il a observés; mais il a vu une disposition qui explique très bien comment se font les perforations multiples. Il a trouvé, en effet, dans plusieurs cas, à la surface de l'organe, un grand nombre de taches jaunes et blanches qui correspondaient à autant de tubercules fondus, et ces tubercules, séparés de la plèvre par moins d'un millimètre d'épaisseur, paraissaient être sur le point de faire irruption dans la cavité séreuse. Quelquefois la fistule est très étroite, et tellement masquée par la fausse membrane, qu'on a beaucoup de peine à la reconnaître, quelque procédé qu'on emploie. Nous avons vu, en effet, M. Bricheteau ne l'apercevoir qu'après avoir enlevé une couche épaisse de pseudo-membranes, et Laennec a cité un exemple semblable. Le procédé qui réussit le mieux pour faire connaître le point d'où s'échappe l'air, consiste à ouvrir la paroi antérieure de la poitrine, à remplir cette cavité d'eau, et à pratiquer l'insufflation par la trachée. Le point d'où s'échappent les bulles d'air est celui où existe la perforation. Si l'on ne parvenait pas à obtenir ces bulles d'air,

(1) *Auscultation médiate*, t. II, obs. 44.

il ne faudrait pas croire pour cela que la fistule n'existe pas ; mais il faudrait disséquer avec soin la fausse membrane, et renouveler l'expérience, si l'ouverture accidentelle n'était pas devenue visible. On ne pourra admettre l'existence d'un pneumothorax sans perforation qu'après s'être livré à cet examen.

Dans les cas où le pneumothorax survient chez un sujet affecté de phthisie, c'est presque toujours vers le sommet du poumon que se fait la perforation ; ce qui est d'accord avec ce que nous avons dit, à l'article *Phthisie*, sur le siége habituel des tubercules pulmonaires.

L'ouverture de la fistule est souvent oblique, et quelquefois directe ; la fistule elle-même présente un trajet variable, suivant les cas. Ce sont ces différences qui rendent plus ou moins facile et prompte l'accumulation de l'air dans la plèvre, ainsi que M. Stokes l'a remarqué.

Dans la très grande majorité des cas où la perforation est due à la rupture d'un foyer tuberculeux ou gangréneux, la fistule communique avec les bronches ; mais quelquefois, et M. Louis en a cité des exemples, le tubercule évacué dans la plèvre étant très superficiel, cette communication n'existe pas. L'épanchement d'air se fait alors par les vésicules ouvertes, comme dans les cas de rupture des cavités emphysémateuses.

Enfin, on trouve chez les sujets qui ont succombé au pneumothorax les lésions dues à la maladie primitive : chez les tuberculeux, des cavernes, des granulations, etc. ; chez ceux qui ont reçu un coup sur la poitrine, une altération des parois thoraciques, etc.

Quelquefois cependant, et nous avons vu que M. Saussier avait signalé 29 cas de ce genre sur 147, il n'existe que des lésions dues à la pleurésie, avec ou sans perforation consécutive du poumon. Ceux où cette perforation consécutive a existé ont été rigoureusement constatés, et l'existence du pneumothorax est par là parfaitement explicable. Mais l'explication est beaucoup plus difficile dans les cas où l'on n'a pas trouvé de perforation, et alors, nous le répétons, on ne peut s'empêcher de conserver quelques doutes sur l'exactitude des recherches anatomo-pathologiques. M. Saussier a, il est vrai, cité un cas observé par lui avec attention, et dans lequel il n'existait pas de perforation ; mais le bourdonnement amphorique fut constaté pendant la vie : et comment concevoir l'existence de ce signe sans perforation ou sans une cavité quelconque communiquant avec les bronches ? D'un autre côté, à l'ouverture de la poitrine, il ne s'échappa point de gaz, ce que M. Saussier explique par la résorption de l'air épanché. Ces faits contradictoires sont de nature à faire douter de l'exactitude du diagnostic. Dans l'état actuel de la science, nous devons, à l'exemple de M. Andral, qui, après avoir publié deux cas de pneumothorax sans perforation, a reconnu toutes les causes d'erreur qui peuvent exister ; nous devons, disons-nous, conserver des doutes très grands sur la possibilité de l'épanchement gazeux dans la plèvre, sans communication quelconque avec l'air extérieur.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

Aujourd'hui que nos méthodes d'exploration sont perfectionnées, le *diagnostic* du pneumothorax ne présente pas de grandes difficultés. Cependant il est des cas où une assez grande attention est nécessaire, non-seulement pour reconnaître la

maladie, mais encore pour distinguer le moment où elle se produit. Si nous rappelons rapidement les symptômes propres au pneumothorax, nous voyons qu'ils sont de deux sortes : les premiers consistent dans la promptitude de l'apparition des accidents primitifs et dans la manière dont ils se produisent; les seconds sont reconnus à l'aide de ces méthodes d'exploration dont la médecine s'est récemment enrichie, et que l'on perfectionne tous les jours : l'inspection de la poitrine, la percussion, l'auscultation, etc.

Une douleur vive se produisant *tout à coup* dans un côté de la poitrine, et promptement suivie de suffocation, d'oppression, d'anxiété extrême, fera soupçonner l'existence d'un pneumothorax. Si le sujet présentait auparavant des signes de tubercules, de gangrène du poumon, s'il avait reçu un coup violent sur la poitrine, à la suite duquel un trouble plus ou moins considérable se serait manifesté dans la respiration, etc., on serait presque certain de l'exactitude du diagnostic. Mais dans ces cas, comme dans les cas plus douteux, le son tympanique de la poitrine, la faiblesse du bruit respiratoire dans le même point, son éloignement de l'oreille, son absence complète, continue ou non; le défaut de retentissement de la voix et de la toux; la dilatation de la poitrine, le bourdonnement amphorique, le tintement métallique, et, s'il y a pneumo-hydrothorax, la fluctuation hippocratique, viendront faire connaître d'une manière positive l'existence de l'épanchement gazeux ou séro-gazeux.

Voyons, en effet, avec quelles affections on pourrait confondre le pneumothorax. L'*emphysème pulmonaire* présente, comme lui, une dilatation des parois de la poitrine, l'effacement des espaces intercostaux, la diminution du bruit respiratoire dans un point d'étendue variable, et, dans le même point, un son plus clair à la percussion. Mais les accidents ne sont pas survenus *tout à coup;* ils se sont produits, au contraire, lentement; la douleur vive de côté n'a point existé. L'anxiété est grande dans les accès de l'emphysème, mais elle n'est pas continue comme dans le pneumothorax; enfin, et ce sont là les signes différentiels les plus importants, si la respiration est affaiblie dans l'emphysème, elle ne manque jamais complétement; elle est superficielle, tandis que, dans le pneumothorax, elle est lointaine ou manque entièrement. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que ce diagnostic différentiel est inutile lorsqu'il y a bourdonnement amphorique et tintement métallique, ou lorsqu'on peut produire la fluctuation thoracique.

Un *épanchement pleurétique* très rapidement formé peut donner lieu à la douleur vive, à l'anxiété et à la suffocation; mais la matité considérable et l'absence des phénomènes indiqués plus haut suffisent pour écarter toute cause d'erreur.

L'*angine de poitrine*, qui occasionne *tout à coup* une douleur poignante et une espèce de suspension de la respiration, pourrait-elle en imposer pour un pneumothorax commençant? Nous ne le pensons pas; car la douleur poignante de l'angine de poitrine reste fixée à la région précordiale et au bras, et la suspension de la respiration diffère notablement de la suffocation imminente du pneumothorax. Si ces différences ne suffisaient pas, l'examen des signes physiques aurait bientôt fait cesser toute incertitude; car dans l'angine de poitrine le son reste normal, il n'y a pas de dilatation de la poitrine, etc., etc.

Est-il nécessaire d'établir le diagnostic entre le pneumothorax et une *vaste caverne* dans laquelle se produisent le bourdonnement amphorique et le tintement

métallique? En y réfléchissant, on verra que la production de ces bruits particuliers est le seul caractère commun à ces deux affections. Sous tous les autres rapports, elles diffèrent complétement. Il suffit donc de se rappeler que le tintement métallique et le bourdonnement amphorique peuvent exister dans ces deux maladies; car à l'aide des autres signes, on les aura bientôt distinguées.

A plus forte raison, ne rechercherons-nous pas le diagnostic du pneumothorax et de la *compression* ou de l'*oblitération des bronches*, qui n'ont de commun avec lui que l'affaiblissement du bruit respiratoire dans une partie plus ou moins étendue du thorax. M. Barth (1) a dans un cas entendu le tintement métallique, pendant quelques jours, en même temps que le premier bruit du cœur, chez un sujet qui n'avait point d'hydrothorax. Suivant cet observateur, ce bruit était produit par le choc du cœur sur le grand cul-de-sac de l'estomac distendu par des gaz. En pareil cas, l'absence de sonorité tympanique, de point de côté, etc., suffit amplement pour préserver de toute erreur.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que la percussion et l'auscultation doivent être pratiquées avec soin dans l'un et l'autre côté du thorax et dans les points correspondants; c'est un précepte qui trouve son application dans l'étude de toutes les maladies de poitrine.

Laennec a vu des médecins qui, trouvant une résonnance beaucoup plus grande dans le côté malade, l'ont pris pour le côté sain, et réciproquement; aujourd'hui que la percussion et l'auscultation sont généralement bien connues, de pareilles méprises sont peu à craindre.

Enfin, nous devons rappeler que, d'après les faits observés par M. Hughes, il est des cas où il manque quelques-uns des principaux symptômes et où les autres sont peu tranchés; en sorte que c'est surtout à l'ensemble des phénomènes et à leur succession qu'il faut avoir égard pour porter un diagnostic précis.

## TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

### 1° *Signes distinctifs du pneumothorax et de l'emphysème pulmonaire.*

| PNEUMOTHORAX SIMPLE. | EMPHYSÈME. |
|---|---|
| *Son tympanique; dilatation* de la poitrine *considérable*. (Signes douteux.) | *Son clair, dilatation* de la poitrine *moins marquée*. (Signes douteux.) |
| Respiration *très diminuée*, quelquefois *absence* du bruit respiratoire. | Respiration généralement *moins faible*, *jamais abolie*. |
| Murmure respiratoire *éloigné de l'oreille*. | Murmure respiratoire *rapproché de l'oreille*. |
| Retentissement de la voix *extrêmement faible*, quelquefois *presque nul*. | Retentissement de la voix *moins faible*. (Signe douteux.) |
| *Bourdonnement amphorique, tintement métallique*. | *Pas de bourdonnement amphorique, ni de tintement métallique*. |
| Début *brusque, douleur vive*, etc. | Maladie *chronique; point de douleur subite*, etc. |

(1) *Séances de la Société médicale des hôpitaux de Paris.*

### 2° *Signes distinctifs du pneumothorax et d'un épanchement pleurétique rapide.*

| PNEUMOTHORAX. | ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE. |
| --- | --- |
| *Son tympanique.* | *Pas de son tympanique.* |
| *Fluctuation hippocratique.* | *Pas de fluctuation hippocratique.* |
| *Bourdonnement amphorique, tintement métallique.* | *Pas de bourdonnement amphorique*, ni de *tintement métallique.* |

Pour les raisons indiquées plus haut, nous ne ferons point entrer dans ce tableau les signes distinctifs de l'angine de poitrine, des vastes cavernes avec bourdonnement amphorique, et de l'oblitération des bronches.

*Pronostic.* — Ce que nous avons dit de la terminaison du pneumothorax nous dispenserait, en quelque sorte, de parler du pronostic. On a vu, en effet, que, dans les cas de perforation, la terminaison a toujours été fatale, et que ceux où l'on a obtenu la guérison laissent, pour la plupart du moins, des doutes sur l'exactitude du diagnostic. On peut donc regarder le pneumothorax comme une maladie presque constamment mortelle.

Nous avons vu aussi que cet accident abrége généralement les jours des malades. Cependant M. Hughes avance qu'*il est probable* que, dans beaucoup de cas de phthisie avancée, le pneumothorax a plutôt prolongé qu'abrégé la vie des malades.

Cette proposition me paraît avoir un caractère évident d'exagération.

*Peut-on, à quelques signes, reconnaître si les accidents deviendront promptement mortels, ou si la vie du malade pourra être prolongée?* C'est un point que l'observation n'a pas suffisamment éclairci. Toutefois, si la remarque de M. Stokes est juste, et il est permis de le croire, on aura quelque espoir de voir les premiers accidents s'amender, quand l'accumulation de gaz se fera lentement, quand par moments elle semblera diminuer, et quand, par suite, la suffocation ne sera pas rapidement portée au plus haut degré; mais ce ne sont là que des probabilités.

## § VII. — Traitement.

Le *traitement* du pneumothorax a été fort négligé, ou plutôt a été presque entièrement passé sous silence par les auteurs. Le peu de ressources que laisse une maladie aussi grave, sa résistance, et sa terminaison presque constante par la mort, ont empêché les médecins d'employer une médication énergique qui leur promettait si peu de bons résultats. Nous allons donc, d'après les observations que nous avons pu connaître, nous borner à indiquer les principaux moyens mis en usage.

*Saignée.* — On a souvent appliqué sur le point dans lequel s'était manifestée la douleur, des *sangsues* en plus ou moins grand nombre. Plus rarement on a mis en usage les *ventouses scarifiées*, qui agissent de la même manière. Dans quelques cas où le malade avait conservé ses forces, la *saignée générale* a été pratiquée. En général, ces diverses émissions sanguines n'ont point eu d'autres résultats favorables que de calmer les douleurs.

Les *révulsifs*, les *vésicatoires*, les *sinapismes*, n'ont point eu même cet effet avantageux. Ils doivent, par conséquent, être abandonnés, car ils tendent à augmenter le mouvement fébrile. Les *vésicatoires pansés avec la morphine* ont quel-

quelquefois calmé la douleur, mais pas plus que les opiacés pris à l'intérieur, qui ont moins d'inconvénients.

*Narcotiques.* — Des narcotiques à haute dose n'ont point été fréquemment administrés. Mais en se rappelant ce qui se passe dans la péritonite par perforation, on est porté à accorder une assez grande confiance à ce moyen, qui a l'avantage de calmer la douleur, de diminuer le besoin de respirer, et peut-être aussi de rendre moins rapide l'accumulation de l'air dans la plèvre. L'*extrait d'opium*, à la dose de 0,10 à 0,30 centigrammes, en commençant par la première quantité, et l'augmentant rapidement, remplit très bien l'indication. Le *datura stramonium*, à des doses semblables, peut aussi être très utilement employé. Viennent ensuite la *jusquiame*, la *belladone*, etc. On doit, en même temps qu'on administre les narcotiques à l'intérieur, appliquer des cataplasmes fortement laudanisés sur les parois de la poitrine. Par cette médication, on peut craindre, il est vrai, de déterminer un certain degré de narcotisme; mais la maladie est si grave, que cet inconvénient ne doit pas arrêter. Toutefois le médecin doit surveiller attentivement les effets du médicament, non que le narcotisme, s'il n'est pas porté très loin, soit beaucoup à craindre, mais parce que quelquefois l'opium détermine une agitation entièrement opposée à l'effet qu'on veut produire.

Les *applications irritantes* sur les extrémités, les *manuluves*, les *pédiluves sinapisés*, les *sinapismes*, les *frictions*, etc., sont des moyens qui peuvent tout au plus être considérés comme de simples adjuvants.

*Empyème.* — Nous n'exposerons pas ici en détail l'opération de l'empyème. Nous dirons seulement, d'après les recherches de M. Saussier, que cette opération a été pratiquée 17 fois sur 147 cas qu'il a rassemblés; des 17 sujets, 8, dit M. Saussier, étaient phthisiques; un a guéri, mais, ajoute-t-il, *il était douteux que sa maladie consistât en des tubercules* : les autres sont morts; 9 n'avaient qu'une simple pleurésie, un seul est mort. Il résulterait de ces faits que, dans les cas où le pneumothorax se produit dans une simple pleurésie, l'opération de l'empyème serait un des moyens les plus efficaces; malheureusement le résultat est fondé sur des faits trop peu détaillés. Il en est même un certain nombre qui ne méritent pas une très grande confiance, car les auteurs ne connaissaient qu'une petite partie des éléments nécessaires au diagnostic. Au reste, presque toutes les réflexions que nous pourrions faire à ce sujet se représenteront lorsqu'il s'agira d'apprécier la valeur de l'opération de l'empyème dans la pleurésie et l'hydrothorax.

L'usage des boissons émollientes, d'adoucissants de toute espèce, le repos absolu, le soin d'épargner aux malades toute espèce d'effort ou de fatigue, complètent le peu que nous savons sur le traitement du pneumothorax, que nous allons résumer dans l'ordonnance suivante.

**Ordonnance.**

1° Pour tisane, infusion de violettes et de coquelicots édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Si les forces ne sont pas trop profondément abattues, 15 à 20 sangsues sur la poitrine, ventouses scarifiées; rarement saignée générale de 200 à 300 grammes.

3° Dans les vingt-quatre heures, prendre d'abord 2 pilules de 0,05 grammes

d'extrait thébaïque ou d'extrait de datura; augmenter la dose suivant les cas jusqu'à 0,20 ou 0,30 grammes, et quelquefois davantage.

4° Si le malade conserve de la vigueur, et surtout s'il est démontré qu'il n'est point phthisique, recourir, dans les cas de suffocation imminente, à l'opération de l'empyème. (Voy. art. *Pleurésie.*)

5° Repos et diète absolue dans les premiers jours de l'affection.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; narcotiques à haute dose; opération de l'empyème; émollients.

## ARTICLE II.

### HÉMORRHAGIE PLEURALE.

Cette affection, si l'on n'entend par ce mot qu'une exhalation de sang pur à la surface de la plèvre, est une maladie fort rare. Le plus grand nombre des cas de ce genre qui ont été rapportés dans les auteurs sont dus, soit à une violence extérieure qui occasionne la rupture d'un vaisseau, soit à l'ouverture d'un foyer apoplectique ou gangréneux, ou d'un anévrysme de l'aorte; or, dans ces derniers cas, l'épanchement n'est qu'un épiphénomène d'un intérêt secondaire. Aussi à peine l'hémorrhagie pleurale est-elle mentionnée dans quelques ouvrages sur les maladies des organes respiratoires. Laennec (1) ne lui consacre que quelques mots.

Nous avons rassemblé un petit nombre d'observations où l'on voit une certaine quantité de sang s'accumuler dans la cavité pleurale, sans qu'on ait découvert d'autre source de l'écoulement sanguin que la surface de la plèvre elle-même. C'est d'après elles que nous allons très rapidement tracer la description de cette hémorrhagie.

Mais, avant d'entrer dans les détails, cherchons d'abord quel doit être l'état de l'épanchement pour constituer une véritable hémorrhagie. On sait, en effet, que, dans un certain nombre de cas de pleurésie, la sérosité est sanguinolente; et c'est là ce qui constitue, suivant les auteurs, la *pleurésie hémorrhagique*. Y a-t-il, en pareil cas, une véritable hémorrhagie de la plèvre? On ne saurait l'admettre, car ce n'est pas plus là une véritable hémorrhagie que l'expectoration sanguinolente de la pneumonie n'est une hémoptysie. Pour qu'il y ait véritablement hémorrhagie, il faut donc que le sang ait été exhalé ou versé dans la plèvre, comme il l'est à la surface des membranes muqueuses dans les hémorrhagies nasales, pulmonaires, etc. En envisageant ainsi la question, on voit que le champ des hémorrhagies de la plèvre se rétrécit considérablement. Aussi ne nous reste-t-il plus qu'un nombre d'observations extrêmement limité, dont nous allons extraire quelques détails.

Les deux principales appartiennent à M. Andral (2); ce sont celles où le sang a été trouvé le plus pur et en plus grande abondance.

#### § I. — Causes.

Les deux malades observés par M. Andral étaient des phthisiques; cette cir-

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, 3e édit., t. II, p. 408.
(2) *Clinique médicale*, 3e édit., p. 154, 158.

constance mérite d'autant plus d'être signalée, que, dans les cas décrits sous le nom de pleurésie hémorrhagique, les sujets ont presque tous présenté des tubercules dans les poumons. Le petit nombre des observations ne nous permet pas de regarder définitivement l'existence des tubercules pulmonaires comme la principale cause de l'hémorrhagie pleurale; mais les faits que nous venons de citer paraîtront remarquables, si l'on réfléchit que dans la phthisie il y a une grande tendance à l'hémorrhagie par les poumons, et que cette tendance peut se porter sur la surface pleurale comme sur la surface bronchique. Dans un cas emprunté par M. Sédillot (1) aux *Annales de Heidelberg* (1838), il se produisit, quelque temps après l'opération de l'empyème, un phénomène fort remarquable : l'ouverture de la poitrine, qui n'avait jusque-là donné passage qu'à l'écoulement du pus, laissa sortir à plusieurs reprises une quantité considérable de sang. En même temps on remarqua que les épistaxis, auxquelles le malade était sujet précédemment, avaient complétement cessé : aussi l'auteur de l'observation n'hésita-t-il pas à admettre l'existence d'une hémorrhagie supplémentaire à la surface de la plèvre; mais pour que le fait fût parfaitement démontré, il faudrait être certain que le liquide épanché n'a pas produit une ulcération, soit du poumon, soit des parois thoraciques par lesquelles le sang aurait été versé dans la cavité séreuse.

Les autres causes qui peuvent donner lieu à l'hémorrhagie pleurale sont, comme nous l'avons dit plus haut, des *violences extérieures* ou des *solutions de continuité du poumon* par suite de plusieurs altérations diverses. Il est inutile de revenir sur ces détails.

### § II. — Symptômes.

On conçoit combien il est difficile de tracer exactement les symptômes d'une affection aussi peu étudiée. Nous nous bornerons donc à dire, d'après les faits que nous venons de citer, qu'un *point de côté* plus ou moins violent, augmentant par la toux et l'inspiration; l'*anhélation*, la nécessité de se mettre sur son séant pour éviter la suffocation lorsque l'hémorrhagie est très abondante; la *parole entrecoupée*, la *matité complète* dans une certaine étendue du thorax; l'*éloignement* du bruit respiratoire et la diminution de son intensité, sont les principaux signes qui aient été constatés.

Quelquefois, et l'on en trouve un exemple dans M. Andral (2), l'*égophonie* se manifeste comme dans un simple épanchement pleurétique. La *respiration bronchique* a été aussi entendue dans le cas d'épanchement sanguin. Elle offre alors les mêmes caractères que dans la pleurésie.

Quant aux symptômes généraux, ils sont très difficiles à déterminer. L'*augmentation de la chaleur*, l'*accélération du pouls* coïncidant avec les symptômes locaux, une *anxiété* plus grande, tels sont les phénomènes qu'il est permis de rapporter à l'épanchement de sang dans la plèvre. Cette hémorrhagie, produisant toujours un certain degré d'inflammation dans cette membrane, donne lieu, en effet, aux symptômes d'une pleurésie intercurrente.

(1) *De l'opération de l'empyème*, thèse de concours. Paris, 1841.
(2) *Clinique médicale.*

### § III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il serait inutile de rechercher la *marche* et la *durée* de cette affection. Les renseignements nous manquent. Quant à sa *terminaison*, elle a été funeste dans les cas authentiques que nous possédons, excepté toutefois dans quelques-uns de ceux où l'affection était due à une cause traumatique.

### § IV. — Lésions anatomiques.

A l'ouverture des cadavres, on a trouvé, au milieu de fausses membranes plus ou moins épaisses, et fortement colorées en rouge par la matière de l'épanchement, du sang en partie liquide, en partie pris en caillots noirâtres. Broussais (1) a, dans un cas, trouvé de gros caillots de sang d'une nuance foncée et très fermes. M. Andral, dans les deux cas qu'il a recueillis, a remarqué que le sang qui existait dans la plèvre avait toutes les qualités de celui qu'on vient de tirer d'une veine. Les autres altérations appartenaient à l'affection préexistante, c'est-à-dire à la phthisie.

### § V. — Diagnostic.

Peut-on, pendant la vie, reconnaître l'hémorrhagie pleurale? On peut la soupçonner dans les cas où il y a eu violence extérieure, et l'on est porté à admettre son existence dans ceux où des signes d'apoplexie pulmonaire ayant manifestement existé, il survient *tout à coup* une douleur très vive d'un côté de la poitrine, avec des signes d'épanchement. Toutefois le diagnostic de l'apoplexie pulmonaire étant lui-même très difficile, le nombre des cas dans lesquels l'hémorrhagie consécutive pourra être reconnue sera nécessairement très limité.

Quant à l'hémorrhagie par simple exhalation, nous ne croyons pas que le diagnostic en soit possible dans l'état actuel de la science. En effet, la douleur, quelque vive qu'on la suppose, l'anxiété, la suffocation, le décubitus, etc., appartiennent à toutes les espèces de pleurésies que nous aurons à décrire plus loin. On voit donc combien nous étions fondé à dire que cette affection n'a point d'importance réelle pour le praticien.

### § VI. — Traitement.

Le *traitement* a été nécessairement fort peu étudié et les observations ne nous permettent pas de remplir cette lacune laissée par les auteurs. Dans les cas de simple exhalation sanguine, le traitement a été celui de la pleurésie ordinaire, et c'est, en effet, le seul qu'on puisse employer. Dans les cas de violences extérieures, lorsqu'on a pu s'assurer que la blessure avait donné lieu à une hémorrhagie, on a cherché à favoriser la résorption du sang par de *petites saignées* et des *applications résolutives*. Quant aux ruptures spontanées du poumon, comme elles produisent presque toujours le pneumothorax, nous renvoyons au traitement de cette maladie. Enfin on a pratiqué quelquefois l'*opération de l'empyème*, nous y reviendrons plus tard.

(1) *Histoire des phlegmasies chroniques*, 3e édit., t. I.

## ARTICLE III.

### PLEURÉSIE AIGUE.

Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit à l'article *Pneumonie*, relativement à l'impossibilité presque complète dans laquelle se sont trouvés les anciens de distinguer cette affection de la pleurésie. Nous avons suffisamment montré que très souvent leur description s'appliquait à l'une ou à l'autre de ces deux maladies indifféremment, et que, par conséquent, tout ce qu'ils avaient dit sur leurs symptômes, leur marche et leur traitement, ne pouvait plus être que d'une utilité très limitée. En vain on cherche à faire remonter jusqu'à Galien, Arétée, Celse, et même Hippocrate, la connaissance précise de la pleurésie et sa distinction d'avec la pneumonie; on voit bientôt, en lisant leurs descriptions, que cette connaissance et cette distinction étaient plus dans les mots que dans les choses. Hippocrate se borne, en effet, à prononcer le nom de la maladie sans rien indiquer qui la caractérise. Celse la désigne à peine, et Galien attribue les crachats sanguinolents aussi bien à la pleurésie qu'à la pneumonie, ce qui prouve qu'il ne savait réellement pas les distinguer. Quant aux médecins des siècles derniers, nous avons fait voir qu'ils confondaient systématiquement ces deux maladies. Il s'ensuit que, pour tracer l'histoire non erronée de la pleurésie, il faut faire presque entièrement abstraction de tout ce qui a été dit par les anciens, et ne pas remonter au delà de Laennec.

Depuis cette dernière époque, il a paru un très grand nombre de travaux extrêmement importants, et les recherches de MM. Andral, Louis, Stokes, Heyfelder, Hirtz, Barth, etc., sont venues éclairer les points qui avaient pu rester obscurs; des travaux particuliers ont été faits sur la pleurésie des enfants ; en un mot l'étude de la pleurésie, comme celle de toutes les affections de poitrine, a subi l'influence de l'admirable invention de Laennec. Toutefois, chose remarquable, il n'a été fait pour la pleurésie, maladie qui offre un si grand intérêt, aucun de ces grands travaux fondés sur l'observation et l'analyse, dont, dans ces derniers temps, la pneumonie, la phthisie, la fièvre typhoïde, etc., ont été l'objet. Dans cet état de choses, nous avons dû rassembler le plus grand nombre possible d'observations récemment recueillies, afin de chercher dans les faits la confirmation des diverses assertions émises par les auteurs; nous l'avons fait surtout pour éclaircir les questions en litige.

On divise communément la pleurésie en *aiguë* et en *chronique*, et c'est là une division capitale qu'il ne faut pas abandonner. On l'a divisée aussi en *pleurésie sèche* et en *pleurésie avec épanchement*. Ces deux espèces présentent de l'intérêt sous le rapport des signes diagnostiques; aussi nous aurons à les mentionner plus loin. Relativement à la nature de l'épanchement, on a signalé la *pleurésie hémorrhagique* qui donne lieu à un épanchement de sérosité plus ou moins sanguinolente; mais ce n'est qu'un léger accident sans importance. Des divisions nombreuses ont encore été établies d'après le siége de la maladie : ainsi on a décrit la *pleurésie double*, les *pleurésies partielles* divisées en *costo-pulmonaire*, *diaphragmatique*, *médiastine* et *interlobaire*. Enfin, quant à l'absence ou à l'existence de l'expectoration, on a voulu distinguer la pleurésie *sèche* de la pleurésie *humide*.

M. Chomel a même indiqué une autre espèce qui porterait le nom de *pleurésie purulente*, et dans laquelle l'évacuation du pus, par expectoration, aurait lieu à la suite d'une perforation du poumon de dehors en dedans.

De toutes les divisions précédentes, nous ne conserverons que celle qui distingue la pleurésie en *aiguë* et en *chronique;* toutes les autres espèces devront trouver l'indication qui leur convient dans la description de ces deux espèces principales. Dans cet article, nous allons nous occuper exclusivement de la pleurésie aiguë.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *pleurésie aiguë* est une inflammation de la plèvre qui parcourt rapidement ses périodes.

Cette affection a été désignée sous les noms de *pleuritis*, *hydrothorax*, *pyothorax*, *empyème ;* on lui a aussi donné le nom de *fluxion de poitrine*, comme à la pneumonie ; aujourd'hui le nom de *pleurésie* est généralement admis.

La *grande fréquence* de la pleurésie est un fait incontestable auquel M. Barth (1) a donné récemment une précision nouvelle par son observation. Il a trouvé : 1° que sous le rapport de la fréquence, la pleurésie occupe le cinquième rang parmi les affections aiguës, et se place après la pneumonie, la fièvre typhoïde, la bronchite et les angines. Dans les faits de toute espèce qu'il a rassemblés, les pleurésies forment un peu moins de la vingtième partie du nombre total, et il fait remarquer que cette proportion s'élèverait beaucoup, si l'on rangeait dans les cas de pleurésie tous ceux où l'on trouve des traces de cette affection ; car il est peu d'autopsies où l'on n'en rencontre d'anciennes ou de récentes.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

*Age.* — C'est une opinion très ancienne, que la pleurésie est rare chez les enfants. Déjà Arétée (2) avait signalé ce fait. Plus tard, Triller (3) et Morgagni (4) ont émis la même assertion ; mais plus récemment Billard, MM. Barthez et Rilliet, et surtout M. Charles Baron (5), ont soutenu que la pleurésie était presque aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Nous croyons que ces dissentiments viennent, en grande partie, de ce que l'on a généralement négligé d'établir une distinction entre les trois périodes de l'enfance. Si nous examinons séparément les enfants nouveau-nés, les enfants âgés de deux à sept ans et les enfants au-dessus de cet âge, nous trouvons d'abord que chez les enfants nouveau-nés la pleurésie est beaucoup plus rare qu'à un âge avancé : c'est ce que m'avaient déjà appris mes recherches (6), ainsi que les nombreuses autopsies pratiquées par MM. Lediberder et Vernois, et ce que le mémoire de M. Baron est venu confirmer ; car chez les enfants de moins d'un an il a trouvé une proportion d'un douzième seulement, tandis que

(1) Chomel, *Dictionnaire de médecine*, t. XXV, art. PLEURÉSIE.
(2) *De signis et causis acutorum morborum : De pleuritide.*
(3) *Observ. sur la pleurésie*, 1740.
(4) *De sedibus et causis morborum*, epist. XX.
(5) *De la pleurésie dans l'enfance*, thèse. Paris, 1841.
(6) *Clinique des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, in-8, p. 198.

chez les sujets plus âgés il a trouvé la pleurésie dans les quatre cinquièmes des cas. Après la première année, il a vu la fréquence de la pleurésie augmenter beaucoup jusqu'à quatre ou cinq ans, pour diminuer ensuite jusqu'à quinze ans.

Cette fréquence paraît augmenter ensuite notablement à mesure qu'on avance vers l'âge adulte. Dans la vieillesse, au contraire, cette maladie devient fort rare. Nous ne l'avons observée qu'une seule fois pendant deux hivers à la Salpêtrière, et MM. Hourmann et Dechambre (1), qui se sont longuement étendus sur la pneumonie des vieillards, n'ont pas parlé de la pleurésie.

Cette affection est notablement plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Sur 36 observations que nous avons réunies au hasard, nous trouvons 31 sujets du sexe masculin et 5 seulement du sexe féminin. Toutefois on peut penser, vu l'insuffisance du chiffre, que la différence proportionnelle n'est réellement pas aussi considérable. Quant à la *constitution*, nous ne savons rien de bien positif.

Les *tuberculeux* ont une grande tendance à contracter la pleurésie, ce qui est démontré par le grand nombre de fausses membranes pleurales trouvées chez eux; mais ce sont ordinairement des pleurésies partielles. On a cité comme une prédisposition à la pleurésie l'existence d'un *rhumatisme articulaire*, et surtout d'un rhumatisme articulaire aigu. Déjà M. Chomel avait remarqué ce fait, sur lequel M. Bouillaud (2) a insisté plus fortement. Les lésions organiques du poumon voisines de la plèvre, telles que la *gangrène*, l'*apoplexie pulmonaire*, la *mélanose*, etc., peuvent donner lieu à une pleurésie non moins intense.

Telles sont les causes prédisposantes sur lesquelles nous possédons des renseignements assez précis. Quant à quelques autres qui sont citées par les auteurs, elles ne doivent pas nous arrêter, car leur existence n'est pas démontrée par les faits.

### 2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, celle qui doit d'abord nous occuper est l'*action du froid* sur le corps échauffé et en sueur. M. Bouillaud a fortement insisté sur cette cause, qui, suivant lui, agirait au moins dans les deux tiers des cas. Si nous consultons sous ce rapport les observations que nous avons rassemblées, on voit qu'il n'en est que 14 sur 38 dans lesquelles un refroidissement soit signalé comme cause de la maladie; et encore il s'en faut qu'on doive regarder, dans tous ces cas, l'existence de cette cause comme démontrée, car le plus souvent nous n'avons pour preuve qu'une simple allégation du malade, naturellement porté, comme on sait, à attribuer au refroidissement toutes les maladies de poitrine. Le refroidissement a été produit tantôt par une *exposition à un courant d'air*, tantôt par une *immersion dans l'eau*, tantôt par le *passage d'un lieu très chaud dans un lieu très froid*, tantôt par l'*ingestion de boissons très froides*; en un mot, par tous les modes d'application du froid à l'intérieur ou à l'extérieur.

Suivant Laennec, le *froid prolongé* aurait plus de puissance que le froid subitement appliqué à la surface du corps. C'est là encore un sujet de recherches très important pour l'étiologie, d'autant plus qu'un nombre assez considérable de faits vient à l'appui de l'opinion de Laennec.

(1) *Rech. pour servir à l'histoire des maladies des viellards, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, Paris, 1835, t. VIII, IX, XII).

(2) *Traité clinique du rhumatisme articulaire*. Paris, 1840, in-8.

Quelques sujets, parmi ceux dont nous avons rapporté l'histoire, ont attribué leur maladie à une *grande fatigue* en même temps qu'au froid ; un autre a été pris de pleurésie peu de temps après une *chute* sur un des côtés de la poitrine ; deux ont éprouvé subitement des douleurs vives dans un point de la poitrine, avec développement rapide des autres symptômes de la pleurésie, en *soulevant un fardeau*. Chez ces derniers, la maladie était-elle simple, ou n'y avait-il pas à la surface du poumon quelques tubercules très petits qui se seraient rompus, et qui auraient donné lieu à tous les accidents ? C'est ce qu'il ne nous est pas permis de décider.

Les *diverses perforations du poumon*, dues à des maladies très différentes, déterminent une pleurésie intense ; mais c'est une cause que nous avons déjà mentionnée et sur laquelle il est inutile de revenir. Enfin, il est un certain nombre de sujets chez lesquels il est impossible de découvrir aucune cause.

### § III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, nous ne parlerons d'abord que de la pleurésie générale, qui est la plus ordinaire ; nous indiquerons ensuite rapidement ce que les pleurésies partielles présentent de plus remarquable.

*Début.* — Le début de la pleurésie est variable. En général, le malade éprouve pendant quelques jours un malaise plus ou moins considérable, de l'inappétence, une sensibilité plus marquée au froid, un peu de faiblesse. Ces premiers symptômes sont très souvent négligés par les malades, et il faut les interroger avec soin pour en constater l'existence. Quelquefois la maladie débute bien plus brusquement, et en peu d'heures le sujet passe d'un état de santé complet à un état de maladie très grave. Enfin, M. Chomel (1) dit que, dans un petit nombre de cas, l'invasion est précédée, pendant quelques jours, d'un état inaccoutumé de force dont l'individu s'étonne et se félicite. Il est un autre début de la maladie qui est encore plus important à considérer : on voit quelquefois, et M. Louis en a observé deux exemples remarquables, se manifester une douleur vive, sans que la percussion et l'auscultation fassent rien reconnaître dans aucun point de la poitrine ; on est porté à regarder la maladie comme une simple pleurodynie ; mais la matité et les autres signes de pleurésie qui surviennent un ou plusieurs jours après, font voir qu'on avait affaire à une véritable pleurésie.

Dans presque tous les cas, du reste, qu'il y ait ou non un malaise précurseur, un ou plusieurs *frissons* plus ou moins intenses annoncent que la maladie se déclare ; bientôt, en effet, la douleur pleurétique se manifeste, et ne tarde pas à être suivie des autres symptômes que nous allons décrire.

*Symptômes.* — Après le *frisson initial*, la *douleur*, qui ouvre la marche des symptômes locaux, ne se fait pas longtemps attendre ; quelquefois même elle se produit en même temps. Il est très rare que ce symptôme n'existe pas : dans 46 cas que nous avons rassemblés, 6 fois seulement la douleur est déclarée nulle. Cette douleur, qui a reçu le nom de *point de côté* ou de *point pleurétique*, a le plus souvent son siége sous l'un ou l'autre sein. Ainsi, sur 34 cas dans lesquels le siége de la douleur a été marqué, 27 fois elle a eu son siége limité au-dessous de l'un ou l'autre sein, ou sous les deux à la fois. Chez deux sujets, elle se faisait sentir

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XXV, art. PLEURÉSIE.

es. Dans un cas que nous avons sous les yeux, elle a présenté un caractère culier, puisqu'elle paraissait et disparaissait à plusieurs reprises. Quelque-malades n'éprouvent que la sensation d'un *poids* dans l'un des côtés de la ou une *constriction* plus ou moins forte : mais le plus souvent la douleur , pongitive, semblable à un trait acéré qui traverse la poitrine de part en sque toujours, lorsqu'elle a un certain degré d'acuité, elle est augmentée rands mouvements du tronc, par la pression sur les parois du thorax, par sion, et surtout par la toux et les grandes inspirations. Ce symptôme est is poussé au point de causer l'insomnie.

x ne tarde pas ensuite à apparaître; elle manque rarement, bien qu'elle e liée qu'indirectement à l'affection de la plèvre. Peu fréquente dans le d nombre des cas, elle l'est quelquefois assez pour devenir extrêmement de. C'est ordinairement une petite toux sèche, parfois comme convul-*pectoration* manque très souvent : sur trente-trois cas, en effet, où ce e a été noté, vingt fois l'expectoration était nulle. Lorsqu'elle existe, les sont ordinairement purement muqueux comme ceux du catarrhe pulmo-rement elle est sanguinolente. On voit donc que la toux et l'expectoration eurésie ne ressemblent nullement à la toux et à l'expectoration de la ie.

me temps apparaît une *gêne* plus ou moins considérable de la *respiration*. ouvent les inspirations sont courtes, entrecoupées, comme avortées. Dans iers temps, cette gêne de la respiration est principalement due à la dou-s tard la compression du poumon, l'impossibilité de son expansion, rendent ation incomplète et en précipitent les mouvements. Cependant, lorsque symptômes aigus ont disparu, et qu'il ne reste qu'un épanchement plus s abondant, sans douleur et sans fièvre, il n'est pas très rare de voir des i semblent respirer avec facilité, même en se livrant à un certain exercice.

moitié des cas, c'est-à-dire seize fois sur trente-cinq, où le décubitus est indiqué, les malades étaient couchés sur le dos, trouvant autant de difficulté à rester sur le côté malade que sur le côté sain. Un petit nombre de sujets (quatre), éprouvant une gêne très grande dans la respiration, sont forcés de se tenir assis ou à demi assis dans leur lit; c'est principalement lorsque les deux côtés de la poitrine sont affectés, ou lorsque la pleurésie ayant marché très rapidement, le liquide remplit en peu d'instants la cavité de la plèvre. Il peut arriver qu'à une certaine époque de la maladie le décubitus change : ainsi on voit des malades qui d'abord se couchaient sur un des deux côtés, être ensuite forcés de se coucher sur le dos; d'autres, après avoir gardé plus ou moins longtemps cette dernière position, prennent la position demi-assise, par suite des progrès de l'épanchement et de l'oppression; d'autres enfin, qui ne pouvaient pas d'abord se coucher sur le côté malade, à cause de la douleur, s'y couchent de préférence, lorsque l'épanchement est devenu abondant et que la douleur a disparu. On voit donc que ce signe est très variable, et qu'on aurait tort de lui accorder une grande valeur.

La *dilatation de la poitrine*, par suite de l'épanchement, est un fait constaté depuis très longtemps. Laennec n'avait point manqué de le signaler; mais, dans ces derniers temps, M. Woillez (1) a fait sur ce sujet des recherches beaucoup plus précises. Cet auteur a trouvé que, dans les premiers temps, il n'y avait point de dilatation, parce que l'épanchement se bornait à refouler le poumon; qu'à une époque plus avancée, l'accumulation du liquide agissant sur les parois du thorax, il y avait dilatation marquée du côté affecté, avec effacement des espaces intercostaux; enfin qu'après la résorption de l'épanchement, la poitrine *se resserrait*. Ces faits sont aujourd'hui connus de tout le monde et peuvent être journellement observés. Il est souvent très difficile de reconnaître cette dilatation de la poitrine à la simple inspection; la mensuration méthodique vient alors en aide à l'observateur.

[Nous ajoutons ici des renseignements encore plus nouveaux, résultats d'investigations multipliées.

Depuis l'époque de ses premières recherches, M. Woillez a imaginé un instrument propre à faire connaître l'augmentation ou la diminution de la circonférence de la poitrine, et surtout les déformations qu'elle peut subir dans la pleurésie (2).

L'instrument, aussi peu embarrassant qu'un simple ruban gradué, indique : 1° l'étendue du contour circulaire ou *périmètre* de la poitrine; 2° ses différents *diamètres*; 3° la forme (tracée sur le papier) de sa *courbe circulaire*. M. Woillez le nomme *cyrtomètre*. Nous croyons qu'on peut en donner une bonne idée en le représentant comme un instrument de *moulage*. En effet, c'est une espèce de ruban métrique, mais composé de pièces de baleine, articulées à double frottement, et qui, en conséquence, conserve l'incurvation que les parois thoraciques lui ont donnée. On peut le porter sur un papier, et y tracer la configuration de la ligne demi-circulaire qu'il a embrassée. Cet instrument doit donner la forme de la poitrine à la fin de l'*expiration*.

Considéré comme simple instrument de mensuration du contour circulaire de la poitrine, le cyrtomètre ne vaut pas mieux que le ruban métrique, mais il a

(1) *Rech. sur l'inspiration et la mensuration de la poitrine*. Paris, 1838, in-8, p. 433.
(2) *Rech. clin. sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration dans la pleurésie*. (*Rec. des travaux de la Société médicale*, janvier 1857, p. 1).

d'autres mérites : il peut faire apprécier les voussures et les dépressions, et surtout il peut indiquer les changements de diamètres.

Or cette dernière application est intéressante. En effet, comme la poitrine est ovale, elle peut se remplir de liquide dans un de ses côtés, sans que sa circonférence s'accroisse; mais elle tend alors à devenir cylindrique, et c'est ce que le cyrtomètre fait découvrir. On voit alors augmenter les diamètres les plus courts, tels que les diamètres *vertébro-sternal* et *vertébro-mammaire*. L'exagération ou la diminution de ces formes anormales indiquent évidemment les progrès ou la décroissance des épanchements pleurétiques. Nous reparlerons de cet instrument à l'occasion de la pleurésie chronique.]

La *percussion* fait reconnaître, dans une étendue variable du côté malade, une matité plus ou moins complète, suivant l'abondance de l'épanchement. Toutefois il n'est pas nécessaire que le liquide interposé entre les parois thoraciques et le poumon soit très abondant pour donner lieu à un degré élevé de matité. En outre, le doigt qui percute perçoit un *défaut plus ou moins absolu d'élasticité*, très remarquable surtout dans les grands épanchements. C'est à la partie postérieure et inférieure de la poitrine que se fait d'abord remarquer cette matité, qui s'élève ensuite à mesure que la maladie fait des progrès. Quelquefois cependant les choses se passent d'une tout autre manière, ainsi que M. Hirtz l'a remarqué. Dans les premiers temps de l'épanchement, le liquide, en petite quantité, se trouve uniformément répandu sur la surface du poumon qui en est entourée, ce qui donne lieu à une matité très étendue; mais, au bout d'un certain temps, ce liquide, s'accumulant dans les parties inférieures et refoulant le poumon en haut et en dedans, abandonne les parties supérieures et moyennes, et dès lors la matité reprend la marche que nous venons d'indiquer. Dans quelques cas, lorsque le poumon n'a pas encore perdu toute son élasticité, et que des fausses membranes ne sont pas venues circonscrire le liquide, on peut, en faisant varier la position du malade, faire varier aussi les résultats de la percussion. Ainsi, en le faisant coucher sur le ventre, on retrouve de la sonorité à la partie postérieure, là où existait la matité, et la matité gagne la partie antérieure.

M. Notta (1) a observé un phénomène particulier dans deux cas intéressants de pleurésie qu'il vient de publier. Dans un espace circonscrit, situé à la partie antérieure de la poitrine, il a trouvé un *son très clair* hydro-aérique, stomacal, contrastant avec le son mat produit partout ailleurs par l'épanchement. Il attribue ce son au refoulement de la partie saine du poumon vers la paroi antérieure de la poitrine. Mais, antérieurement, M. Skoda (2) avait noté le même phénomène et en avait fait l'objet de recherches multipliées. M. Roger (3), ayant répété les expériences pleines d'intérêt de M. Skoda, pose les conclusions suivantes :

1° Une couche liquide de quelques millimètres, et même d'un centimètre

(1) *Note sur le développement d'un son clair, comme métallique* (*hydro-aérique*) *dans le cours des épanchements pleurétiques* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XXII, avril 1850).

(2) Selon MM. Skoda et Roger (*loc. cit.*), cette résonnance peut exister partout, pourvu que la couche de liquide soit peu épaisse, et que le poumon, encore aéré, soit maintenu à peu de distance de la paroi thoracique.

(3) *Recherches cliniques sur quelques nouveaux signes fournis par la percussion* (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1852 et suiv.).

d'épaisseur, interposée entre le poumon et la paroi pectorale, ne diminue pas sensiblement la résonnance de la poitrine. Les modifications du son dépendront exclusivement, dans ce cas, de l'état matériel du poumon ou de la paroi thoracique correspondante.

2° Des pseudo-membranes même épaisses ne diminuent la sonorité du thorax que si elles contiennent dans leur intérieur des concrétions ostéo-calcaires.

3° Dans les épanchements pleurétiques, un abaissement du niveau de la matité indiquée par la percussion peut provenir d'une réduction dans le volume du poumon, ou de l'agrandissement de la cavité pleurale par voussure des côtes ou dépression du diaphragme, et il n'existe pas toujours une diminution réelle du liquide.

L'*auscultation* fournit des signes plus importants encore. Laennec, dans cette maladie comme dans toutes les affections de poitrine, a eu la gloire d'établir le diagnostic sur des bases solides. Cependant les recherches récentes ont apporté quelques modifications à ce qu'il nous avait appris au sujet de la pleurésie. Suivant lui, l'*absence* ou la *diminution notable du bruit respiratoire* sont les signes constants d'un épanchement; mais déjà M. Andral (1), Cruveilhier, Chomel, Beau, etc., avaient cité des faits qui démontrent que la *respiration bronchique* peut exister dans la pleurésie, et M. Netter (2) en a rapporté un certain nombre dans lesquels on entendait cette respiration bronchique souvent très forte dans toute l'étendue de l'épanchement, alors même que celui-ci est très considérable. Plus tard, ces faits se sont multipliés, et M. Monneret a établi en principe que la respiration bronchique s'entend toujours dans la pleurésie, tantôt bornée à une petite étendue, à la partie supérieure du liquide et dans un point voisin de la colonne vertébrale, tantôt générale. Nous avons constaté l'exactitude de ces faits, et récemment encore nous avons vu des épanchements énormes, dont un a nécessité la thoracocentèse, qui présentaient une respiration bronchique des plus fortes dans toute l'étendue de l'épanchement. Suivant M. Netter, cette respiration a un *timbre argentin* et est plus fine que celle de la pneumonie; nous ajoutons qu'elle est *plus éloignée de l'oreille*, surtout en bas. MM. Barth et Roger l'ont aussi trouvée et disent qu'elle est *aigre*. Cependant ces auteurs pensent encore que l'absence de la respiration est le caractère le plus général de la pleurésie. Sur 26 sujets, ils en ont trouvé 17 qui ne présentaient pas de traces du bruit respiratoire. Cette différence s'explique par cette circonstance qu'ils ont laissé les malades respirer librement, tandis que les autres observateurs leur ont recommandé de respirer vite et un peu fort. Il est également un moyen excellent pour reconnaître ces nuances, c'est de se *boucher l'oreille qui n'ausculte pas*. Enfin, tout récemment M. Thibierge (3) a rapporté plusieurs observations qui viennent à l'appui des considérations précédentes.

Il est donc certain que dans un bon nombre de cas, il y a une respiration bronchique dans la pleurésie, et cette respiration ayant des caractères particuliers, on peut l'appeler *broncho-pleurétique*.

Mais ce n'est pas tout; il résulte des faits cités récement par MM. Monneret et

(1) *Clinique médicale.*
(2) *Gazette médicale*, 1843.
(3) *Mémoire sur les modifications du bruit respiratoire, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1852).

Barthez (1) que la respiration peut être non-seulement bronchique, mais encore *caverneuse* et *amphorique*. On trouve, en effet, quelques sujets qui présentent ces signes dans un point variable de la poitrine. Tantôt c'est sous la clavicule, tantôt dans la fosse sous-épineuse, et tantôt dans un point inférieur. Nous avons vu récemment encore deux malades qui étaient dans ce cas. Chez l'un, auquel nous pratiquâmes la thoracocentèse, il y eut respiration caverneuse d'abord sous la clavicule et puis dans les fosses sus-et sous-épineuses; ensuite il ne resta que de la respiration broncho-pleurétique. Chez l'autre, la respiration caverneuse exista seulement sous la clavicule. Ces faits sont donc concluants. Toutefois M. Barth a fait remarquer, avec raison, que la respiration n'est pas exactement amphorique, comme le dit M. Barthez, mais seulement caverneuse et amphorique.

L'*auscultation de la voix* fournit également matière à des considérations importantes. L'*égophonie*, telle que l'a décrite Laennec, est un signe précieux dans cette affection. C'est une voix saccadée, criarde, ressemblant plus ou moins au *cri de la chèvre*, et qu'on entend dans certains points occupés par l'épanchement. Quelquefois cette voix ressemble au *bredouillement de polichinelle* et quelquefois aussi au *bruit du mirliton*.

C'est principalement sur le *siége de l'égophonie* que les observations postérieures à celles de Laennec ont apporté de nouvelles lumières. Suivant ce grand médecin, l'égophonie ne se fait entendre qu'à travers une couche mince de liquide que font trembloter les vibrations de la voix. Une seule expérience a été faite par Laennec. Il a appliqué sur la poitrine d'un sujet dont la voix était claire et vibrante une vessie contenant une certaine quantité d'eau, et il a entendu, en plaçant le stéthoscope sur cette vessie, pendant que le malade parlait, une voix se rapprochant de l'égophonie. Mais les faits sont venus prouver que les conclusions de Laennec étaient trop absolues. En effet, la science possède maintenant un assez grand nombre de faits dans lesquels l'égophonie se fait entendre dans toute l'étendue de l'épanchement, alors même qu'il est très abondant. Quant à nous, nous avons depuis deux ans remarqué que dans tous les épanchements pleurétiques l'égophonie se fait entendre dans toute leur étendue, pendant toute leur durée et quelle que soit la quantité de liquide. Il suffit, pour s'en assurer, d'ausculter avec soin, en se bouchant l'oreille qui n'est pas appliquée sur la poitrine. L'égophonie est en général plus intense et plus rapprochée de l'oreille dans la partie supérieure, uniquement parce qu'on est plus éloigné du point où elle se produit à mesure qu'on descend. Mais dans aucun point elle ne perd ses caractères et ne diffère que par l'intensité du son. Dans quelques cas, elle a, comme la respiration bronchique, à peu près la même intensité partout. Mais il ne faut pas croire qu'elle soit toujours en rapport avec la force de cette dernière, car nous l'avons entendue très distinctement même dans les cas où la respiration bronchique ne s'entendait pas et où il y avait même silence complet.

Non-seulement l'égophonie existe dans le principe, mais encore la voix peut prendre le caractère de la *pectoriloquie*. M. Barthez a cité des cas dans lesquels ce signe a existé dans divers points de la poitrine, et notamment sous la clavicule. Nous

(1) *Séances de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, et *Mémoire sur quelques phénomènes stéthoscopiques, etc.* (*Archives gén. de méd.*, mars 1853).

en avons vu récemment plusieurs exemples, et l'on ne peut expliquer ce fait par la présence d'une caverne ou d'une induration du poumon, puisque ce médecin a trouvé le poumon parfaitement sain chez un sujet qui a succombé; que, dans le service de M. Louis, il est mort un sujet également exempt de tubercules, bien qu'il eût présenté de la respiration caverneuse, de la pectoriloquie et du gargouillement, et que chez deux sujets que nous avons actuellement sous les yeux, l'épanchement s'étant dissipé, la voix est redevenue parfaitement naturelle comme la respiration.

La voix *broncho-pleurophonique*, car on peut lui donner ce nom, qui vaut mieux que celui d'*égophonie*, puisqu'elle ne ressemble pas toujours au cri de la chèvre, est plus éclatante que la brochophonie de la pneumonie; elle est plus aiguë, souvent nasillarde et ne détermine pas de bourdonnement environnant.

Ce dernier fait a fixé l'attention de M. Oulmont, qui a parfaitement vu que cette voix altérée paraît *sortir plus directement de la poitrine* et est plus distincte que la bronchophonie proprement dite, ce qui lui a permis, dans un cas difficile, de diagnostiquer un épanchement pleurétique, alors que plusieurs médecins très expérimentés ne pouvaient pas se prononcer entre une pleurésie et une pneumonie.

Un autre phénomène extrêmement important est l'*absence complète ou presque complète des vibrations thoraciques* dans les points occupés par l'épanchement. Déjà M. Reynaud avait remarqué ce signe important, et M. Andral avait vérifié les faits signalés par cet observateur si distingué, lorsque M. Monneret (1) en a fait l'objet de recherches plus suivies. Si l'on applique alternativement la main sur le côté sain et sur le côté occupé par l'épanchement, on sent dans le premier de fortes vibrations ou *ondulations*, suivant l'expression de M. Monneret, tandis que dans le second elles sont nulles ou presque nulles. Il est facile, après cela, de comprendre la transmission plus directe et le défaut de bourdonnement de la voix broncho-pleurophonique, car évidemment ces caractères dépendent du défaut de vibrations de la paroi pectorale sur laquelle est placée l'oreille.

Suivant M. Battersby (2), les signes les plus importants dans la *pleurésie de la première enfance* sont : la respiration bronchique, la faiblesse du bruit respiratoire, la matité. Il a trouvé l'égophonie et le frottement pleurétique beaucoup moins constants. M. C. Baron (3) était déjà arrivé à des résultats à peu près semblables.

En même temps que ces symptômes locaux se développent, une *anxiété* plus ou moins marquée a lieu dans un bon nombre de cas, et le *mouvement fébrile* se déclare. La *chaleur de la peau*, la *fréquence du pouls*, dont il est impossible, d'après les observations, de donner l'indication précise; l'anorexie, la soif, un peu de céphalalgie au début, constituent ces symptômes généraux, qui sont beaucoup moins violents que ceux de la pneumonie. On voit même quelques sujets qui présentent à peine une faible accélération du pouls, et qui ne croiraient pas leur santé altérée, s'ils n'éprouvaient une gêne plus ou moins grande de la respiration. En général, le mouvement fébrile est d'autant plus intense, que la douleur de poitrine est plus violente et que la pleurésie marche avec plus de rapidité.

(1) *Recherches sur les ondulations thoraciques* (*Revue médico-chirurgicale*).

(2) *Observ. de pleurésie et d'emphysème chez les enfants* (*Dublin, quarterly. Journ. of med. sc.*, 1847).

(3) *De la pleurésie dans l'enfance*, thèse. Paris, 1841.

Tels sont les symptômes de la pleurésie aiguë avec épanchement, lorsqu'elle suit sa marche ordinaire, et qu'elle envahit une assez grande étendue de la poitrine. Mais il est quelques variétés dont il importe de dire un mot ici.

*Variétés.* — Et d'abord, sous le rapport du siége, nous avons les *pleurésies partielles*, divisées en diaphragmatiques, médiastines, costo-pulmonaires ou interlobaires, suivant le point qu'elles occupent.

La pleurésie *costo-pulmonaire* ne présente rien de remarquable, si ce n'est son étendue limitée par des fausses membranes dans un point circonscrit des parois thoraciques. On a vu de ces pleurésies partielles bornées à la partie moyenne de la poitrine, et quelquefois à la partie inférieure. M. Andral (1) en cite quelques exemples.

Dans d'autres cas, la pleurésie est bornée à une petite étendue de la membrane qui tapisse, d'une part, la base du poumon, et de l'autre la face supérieure du diaphragme; elle prend alors le nom de *pleurésie diaphragmatique*. La gêne de la respiration, la douleur plus ou moins vive qui se fait sentir pendant l'inspiration, et le mouvement fébrile, sont alors les signes principaux, le plus souvent insuffisants pour le diagnostic. La pleurésie *médiastine* est toujours compliquée, et résulte presque constamment d'une rupture du poumon. Quant à la pleurésie *interlobaire*, elle est fort rare; M. Andral n'en cite qu'un cas observé chez un tuberculeux. Quelquefois les accumulations de pus qui se forment dans les scissures interlobaires ont été prises pour des abcès du poumon, erreur que l'on évitera en examinant attentivement leur siége. On voit que ces variétés de la pleurésie n'ont qu'une importance médiocre.

Lorsque cette maladie n'est point accompagnée d'épanchement, on lui a donné le nom de *pleurésie sèche*, qui a pour caractère particulier le *bruit de frottement pleurétique*. Ce bruit, que l'on remarque dans un certain nombre de cas de pleurésie ordinaire, lorsqu'on peut observer les malades avant que l'épanchement se soit formé, persiste pendant tout le cours de l'affection dans quelques cas rares dont M. Barth a cité récemment un exemple remarquable. Il consiste dans un bruit sec, qui se fait entendre pendant l'inspiration et l'expiration, et qui ressemble à celui que produiraient deux corps dépolis frottant l'un sur l'autre.

Une autre variété est la *pleurésie double*, qui est fort rare, au moins au début, dans les cas non compliqués. Les signes se manifestent alors des deux côtés de la poitrine, et, de plus, les deux poumons étant comprimés, il en résulte une dyspnée et une anxiété beaucoup plus grandes.

*Modifications des signes physiques dans le cours de la maladie.* — Jusqu'à présent, nous n'avons guère considéré les symptômes que dans la période d'augmentation de la maladie; mais, à une époque plus ou moins avancée, il survient de grands changements. La douleur s'apaise, la respiration se calme, à moins que l'épanchement ne fasse des progrès très rapides, et le mouvement fébrile diminue ou disparaît complétement. Pendant quelque temps, les malades restent dans cet état; puis, si la maladie doit se terminer par la guérison, la matité commence à diminuer dans les parties supérieures; le murmure respiratoire se rapproche de l'oreille; il est d'abord dur, puis il s'adoucit et revient à l'état normal. Ces changements s'opè-

(1) *Clinique médicale*. Paris, 1840, t. IV.

rent peu à peu et de haut en bas, jusqu'à ce qu'enfin ils soient complets dans toute l'étendue du poumon. Il est fort rare néanmoins que le bruit respiratoire recouvre, avant un temps assez long, son intensité primitive, ce qui est dû aux fausses membranes qui s'interposent entre lui et l'oreille; aussi sa diminution d'intensité est-elle beaucoup plus remarquable à la partie inférieure, où ces fausses membranes sont plus épaisses.

Un phénomène que l'on remarque encore lorsque l'épanchement disparaît, est le *bruit de frottement* qui a été noté dans presque toutes les observations de M. Bouillaud. Le liquide, en se résorbant, laisse en contact deux surfaces chargées de fausses membranes rugueuses, qui, au moindre mouvement, produisent le bruit sec dont il s'agit. M. Maingault (1) cite un fait observé dans le service de M. Requin, et dans lequel le bruit de frottement était comparable à une crépitation produite par des fragments osseux; il était perçu par l'application de la main aussi bien que par l'auscultation et entendu par l'observateur et le malade; ce même malade avait eu une pleurésie six ans auparavant.

Un autre bruit qui n'a point suffisamment attiré l'attention des auteurs survient parfois à la fin des pleurésies, et surtout à la fin des pleurésies limitées qui accompagnent la pneumonie : c'est un *râle humide* très voisin de l'oreille, et beaucoup plus fin que le râle sous-crépitant ordinaire. On explique très bien l'existence de ce râle par le frottement, le tiraillement et la pression de fausses membranes humides; car ce bruit est semblable à celui qu'on obtient en pressant entre les doigts une éponge très fine légèrement imbibée d'eau.

Dans quelques cas rares signalés par M. Trousseau (2), la maladie est remarquable par la faiblesse du malade et par la petitesse du pouls. Ce médecin a vu plusieurs cas de ce genre *se terminer par la mort*; il en a cité d'autres semblables observés par des médecins habiles, et c'est ce qui l'a engagé à pratiquer la paracentèse du thorax, opération dont nous parlerons plus loin.

Tels sont les symptômes de la pleurésie simple aiguë. Quant aux complications, ce n'est point ici le lieu de s'en occuper. Nous en avons déjà fait connaître quelques-unes (3), et les autres se présenteront dans d'autres articles.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la pleurésie aiguë est ordinairement croissante et toujours rapide. Le plus souvent, en trois ou quatre jours, les premiers accidents disparaissent, pour faire place aux signes de l'épanchement. Quant à ceux-ci, ils persistent plus longtemps, et, dans quelques cas, restent stationnaires pendant plusieurs semaines. On n'observe pas dans la marche de cette affection des irrégularités aussi grandes que dans la plupart des autres phlegmasies. Quelques auteurs ont néanmoins signalé des *pleurésies intermittentes;* mais il est évident qu'ils ont eu en vue des affections toutes différentes de la pleurésie, et principalement des pleurodynies ou des névralgies intercostales.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, séance du 27 août 1851 (*Union médicale*, 25 septembre 1851).

(2) Voy. Lacaze-Duthiers, *De la paracentèse de la poitrine* (*Union médicale*, 21 mars 1850 et num. suiv.); et *Séances de la Soc. méd. des hôpitaux* (*Union médicale*, 23 mars 1850).

(3) Voy. *Pneumothorax*, *Tubercules*, etc.

La *durée* de la maladie ne varie que dans des limites assez étroites; malheureusement nous n'avons pas, pour l'apprécier, des recherches suffisantes. Tantôt les auteurs comptent la durée de la maladie à partir de son début jusqu'au moment où le malade quitte l'hôpital; tantôt, au contraire, ils la font commencer au moment où le malade entre à l'hôpital, pour la faire finir à son entrée en convalescence; il est inutile de faire remarquer quelles causes d'erreurs cette manière différente de présenter les faits pourrait introduire dans nos calculs. Nous nous bornerons donc à dire que, dans le plus grand nombre des cas, la durée de la pleurésie varie de dix à vingt jours chez les sujets qui guérissent, et que quelquefois cette durée peut se prolonger au delà de trois semaines. Lorsque la maladie se termine par la mort, la durée est beaucoup plus variable. Chez les sujets atteints d'une affection chronique grave, elle a, dans les cas que nous avons rassemblés, causé la mort en très peu de temps (deux, quatre et cinq jours); chez les autres sa durée a varié de dix à trente-huit jours.

La *terminaison* de la maladie est très importante à considérer. Nous verrons, en effet, que sur elle reposent les considérations thérapeutiques les plus intéressantes. M. Louis a remarqué que la pleurésie simple, *survenant dans le cours d'une bonne santé*, se termine presque constamment par la guérison. Cette assertion a trouvé des contradicteurs, mais aucun avant M. Trousseau n'avait apporté en preuve des faits de quelque valeur. Pour bien comprendre la portée de la proposition de M. Louis, il faut savoir, et c'est un fait que l'on a occasion d'observer journellement, qu'un état antérieur de maladie, quelque léger qu'il soit en apparence, rend beaucoup plus graves les affections qui se développent dans son cours. Ainsi une angine simple, affection ordinairement si légère, devient mortelle lorsqu'elle se développe dans le cours ou dans la convalescence d'une fièvre grave, dans le cours d'une affection chronique, et même au milieu d'un catarrhe pulmonaire peu intense. Il en est absolument de même de la pleurésie. Quelque extraordinaire que puisse paraître cette proposition, elle n'en est pas moins le résultat d'une observation exacte que confirme l'expérience de chaque jour. Voyons donc, en les examinant sous ce point de vue, ce qui s'est passé dans les cas que j'ai réunis.

Ils sont au nombre de 48, dont 34 doivent être regardés sans contestation comme des exemples de pleurésie simple. Or, dans ces 34 cas, la guérison a eu *constamment* lieu; mais dans un 35ᵉ, la maladie s'est terminée par la mort, bien qu'au premier abord on soit porté à regarder la pleurésie comme simple. Ce fait, qui a été recueilli par M. Andral (1), mérite donc d'être examiné.

Il s'agit d'un sujet de dix-neuf ans, qui, après avoir éprouvé des douleurs vagues dans la poitrine pendant trois semaines, et une toux sèche persistante, entra à l'hôpital dans un état apparent d'assez bonne santé, mais avec tous les signes d'un épanchement dans la plèvre. La maladie ne faisait aucun progrès, et laissait le malade dans un état peu alarmant, lorsqu'il éprouva brusquement un point de côté violent, et bientôt après les signes d'un nouvel épanchement qui se faisait entre la base du poumon gauche et le diaphragme. Alors l'état général s'altéra profondément, et le malade ne tarda pas à succomber.

Sans rechercher si cette seconde pleurésie, si brusquement apparue, ne tenait

(1) *Archives gén. de méd.* Paris, 1823, 1ʳᵉ série, t. III, p. 259.

pas à quelque lésion plus profonde, supposition permise, puisque l'état du poumon est à peine indiqué, nous ferons remarquer que chez ce malade il y a eu en réalité deux pleurésies. Or la seconde trouvant le sujet valétudinaire, toutes les circonstances se réunissaient pour rendre cette maladie grave. Les choses se sont donc passées comme dans les cas où la pleurésie survient dans le cours d'une bronchite. Seulement la phlegmasie antécédente, au lieu d'avoir son siége sur la muqueuse des bronches, occupait une autre partie de la cavité séreuse. Il suit de là que ce fait, qui d'abord semblait en opposition avec le principe établi plus haut, est un des plus remarquables parmi ceux qui viennent l'appuyer. Restent donc les faits signalés par M. Trousseau, et quelques autres parmi lesquels se fait remarquer le suivant : M. Thibierge (1) a rapporté un cas dans lequel la gêne extrême apportée dans la respiration par un épanchement pleurétique, et par les pseudo-membranes qui recouvrent la plèvre, s'est terminée par une syncope mortelle.

Les complications ne rendent cependant pas, il s'en faut de beaucoup, la pleurésie nécessairement mortelle. Fréquemment, en effet, on voit des sujets affectés de tubercules ou d'autres maladies presque aussi redoutables, guérir de pleurésies même assez intenses ; mais ces complications ajoutent une grande gravité à la maladie, puisque sur les 13 cas qui nous restent, 11 malades ont succombé. La grossesse doit être mise au nombre des circonstances aggravantes ; en pareil cas, la pleurésie détermine souvent la mort, après avoir provoqué l'avortement.

Ainsi l'état de santé dans lequel se trouve le sujet est un des objets les plus importants à considérer, et si on le néglige, on risque de tomber dans les plus graves erreurs.

L'affection peut-elle se terminer par des *évacuations critiques*, comme on le croyait autrefois ? Pour toute réponse à cette question, nous dirons que, dans l'immense majorité des cas, on ne voit rien qui puisse donner lieu à une semblable opinion. Forestus rapporte (2) un cas où, les règles ayant coulé abondamment, la guérison a eu lieu le septième jour. Mais nous avons hâte de laisser ce sujet, qui ne nous présente rien de positif, pour arriver à la description des lésions anatomiques.

### § V. — Lésions anatomiques.

Il est rare qu'on n'observe à la surface des plèvres enflammées qu'une légère couche pseudo-membraneuse. Cependant, dans des cas où le malade a succombé à une époque très rapprochée du début, on n'a pas vu d'autre lésion : la pleurésie était encore sèche ; mais presque toujours on trouve un liquide mêlé de fausses membranes, et la réunion de ces deux produits constitue le caractère anatomique essentiel de la pleurésie.

Le liquide est parfois en très grande abondance ; la plèvre en contient plusieurs litres ; dans d'autres cas, au contraire, on en trouve seulement quelques cuillerées à la partie inférieure de la cavité pleurale. Entre ces deux extrêmes, il y a des degrés à l'infini. L'épanchement est souvent formé par une sérosité citrine, louche,

(1) *Mém. sur les modifications du bruit respiratoire dans la pleurésie, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1852.)

(2) *Observationes medicæ*, lib. XVI, obs. 35.

plus ou moins chargée de flocons albumineux, d'autres fois par un liquide purulent, et parfois il participe de ces deux états, la sérosité étant mêlée d'une plus ou moins grande quantité de pus. Nous avons cité plus haut des cas où la sérosité était chargée d'une petite quantité de sang, et auxquels les auteurs ont donné à tort, suivant nous, le nom de *pleurésies hémorrhagiques.*

Les fausses membranes que l'on trouve dans la pleurésie aiguë sont ordinairement minces, peu consistantes, d'un blanc grisâtre, quelquefois jaunes ou légèrement colorées de rouge, et faciles à détacher de la plèvre sous-jacente. Elles ne commencent à s'organiser et à acquérir une assez grande consistance que dans les cas où la durée de la maladie se prolonge. Elles sont ordinairement rugueuses. Enveloppant le poumon dans une plus ou moins grande étendue, recouvrant la plèvre costale, envoyant des prolongements du poumon aux parois thoraciques et d'une épaisseur très diverse, elles présentent des formes très variées. Au-dessous d'elles, la plèvre paraît quelquefois plus ou moins profondément altérée. On la trouve épaissie, rouge, injectée; mais ce n'est point la plèvre elle-même qui présente ces altérations, c'est le tissu sous-séreux auquel l'inflammation se communique. Quelquefois cette membrane est comme chagrinée sur le poumon, par suite de la rétraction de cet organe. Mais une lésion plus importante, c'est l'*ulcération de la plèvre* consécutive à l'épanchement. On trouve, en effet, dans quelques cas, une perforation du poumon et une ulcération correspondante de la plèvre costale au niveau même du point occupé par le liquide : la perforation du poumon peut même, dans ces cas, donner lieu, pendant la vie, à l'expectoration abondante du liquide contenu dans la plèvre. On se demande naturellement si cette perforation n'a point eu lieu avant la pleurésie, et si celle-ci n'en était point une conséquence. Mais on ne peut guère s'arrêter à cette opinion, lorsqu'on remarque que le poumon ne présente aucune des lésions organiques qui produisent sa perforation, et que l'ulcération de la plèvre existe aussi bien sur la paroi thoracique que sur l'organe lui-même. On peut se demander encore si cette ulcération est causée par la violence de l'inflammation ou par la présence d'un liquide irritant. La réponse est plus difficile. Cependant la constance avec laquelle la lésion se fait au niveau du liquide semble prouver que la seconde supposition est la véritable. M. Beau a trouvé le névrilème des nerfs intercostaux enflammé au-dessous des fausses membranes.

Nous avons déjà dit que le poumon et les organes voisins étaient repoussés dans les cas d'épanchements très considérables. Le cœur peut être transporté à droite, le diaphragme est abaissé et les viscères de la région supérieure de l'abdomen refoulés en bas. Telles sont les lésions observées dans la pleurésie aiguë, lésions bien connues aujourd'hui, et sur lesquelles il est inutile d'insister plus longtemps.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Il semble, au premier abord, que rien n'est plus facile que le *diagnostic* de la pleurésie; mais quand on entre dans les détails, on s'aperçoit bientôt qu'il n'en est pas toujours ainsi. Cela tient à ce que les phénomènes observés peuvent varier non-seulement suivant les cas, mais encore suivant les diverses époques de la maladie. Il en résulte qu'on ne saurait rien dire d'absolument applicable à tous les c^

et c'est ce qui a donné lieu à quelques discussions intéressantes. Laennec lui-même, qui a tant fait pour le diagnostic des maladies de poitrine, a introduit un peu de confusion dans celui de la pleurésie, parce qu'il n'avait pas pu se rendre parfaitement compte de plusieurs phénomènes particuliers. Les recherches récentes, et surtout celles de M. Hirtz (1), sont venues donner un plus haut degré de précision à ce point important de la pathologie des voies respiratoires. Recherchons, d'après ces documents, comment le diagnostic doit être établi, principalement dans les cas difficiles.

S'il existe dans un côté de la poitrine une matité étendue, complète, avec absence d'élasticité sous le doigt qui percute ; si, dans le même point, la respiration est faible, nulle ou lointaine ; si les vibrations de la poitrine sont anéanties lorsque le malade parle ou tousse ; si la respiration est conservée seulement entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate, dans un espace limité ; s'il y a de l'égophonie dans un point voisin, on ne peut guère douter de l'existence d'une pleurésie. Cette existence est démontrée, si la maladie a débuté par un violent point de côté, si la fièvre n'a eu qu'une intensité médiocre, si la toux a été rare et l'expectoration nulle ou simplement muqueuse. C'est là le cas le plus simple. Voyons maintenant ce qui peut arriver dans d'autres circonstances.

Relativement à l'ancienneté de la maladie, nous voyons que les choses peuvent être très différentes. Quelquefois la matité s'étend très rapidement et occupe presque tout le poumon ; puis, par le mouvement indiqué par M. Hirtz, le liquide, s'accumulant à la base, laisse libres les parties supérieures. Ce cas, déjà entrevu par Laennec, qui avait attribué ces phénomènes à une suffocation du poumon dans les premiers moments (2), n'offre pas de difficultés plus sérieuses, puisque les choses ne peuvent se passer ainsi que dans la pleurésie ; il sert plutôt, au contraire, à confirmer le diagnostic.

Mais avant que cette précipitation du liquide vers les parties déclives ait eu lieu, la respiration prend ordinairement, dans une étendue assez considérable, le caractère bronchique. Ce fait, sur lequel Laennec s'était vaguement prononcé, est aujourd'hui généralement reconnu. On pourrait, en pareil cas, prendre la pleurésie pour une *pneumonie aiguë*. Voici comment on évitera la méprise : Dans la pleurésie, la main appliquée sent peu ou point de vibrations, tandis que les vibrations naturelles ont augmenté d'intensité dans la pneumonie. Dans celle-ci, la respiration bronchique s'entend ordinairement avec une force à peu près égale dans toute l'étendue de la matité, et si elle est plus faible dans quelque point, ce point est variable ; elle est accompagnée ou bien elle a été précédée du râle crépitant ou sous-crépitant. Dans la pleurésie, au contraire, la respiration bronchique est souvent bornée à un espace limité aux environs de la partie inférieure de l'omoplate ; quand elle existe dans toute l'étendue de l'épanchement, elle va ordinairement en diminuant d'intensité et en s'éloignant de l'oreille à mesure qu'on ausculte plus bas ; elle ne s'accompagne d'aucun râle, à moins de complication. Superficiel dans la pneumonie, le souffle bronchique est ordinairement plus profond dans la pleurésie, et de plus il a dans celle-ci un timbre sec, éclatant, qui lui a été reconnu par

(1) *Archives gén. de méd.*, 1837, 2ᵉ série, t. XIII, p. 172.
(2) *Auscultation médiate*, 3ᵉ édit., t. II, p. 314.

MM. Netter (1), Barthez et Rilliet (2) et par la plupart des autres observateurs. Le retentissement de la voix, dans ce cas, donne lieu au chevrotement ou égophonie, bruit causé, suivant M. Netter, par le mélange de la bronchophonie simple avec le souffle bronchique éclatant, tandis que dans la pneumonie il n'y a qu'une bronchophonie ordinaire. Enfin la voix paraît traverser directement les parois de la poitrine. sans les faire vibrer comme dans la pneumonie. On voit déjà que, lorsqu'il en est ainsi, le diagnostic, même dans ces cas difficiles, acquiert un haut degré de précision ; nous ajoutons que si, en pareille circonstance, on faisait varier les phénomènes en changeant la position du malade, tous les doutes seraient levés ; mais il est au moins très rare qu'on obtienne ce changement.

Il est des cas où la respiration bronchique est très étendue, où elle est superficielle, intense, et ne change pas suivant la position des malades. Alors le diagnostic devient plus difficile. Cependant, avec quelque attention, on peut l'établir d'une manière positive. On aura égard, pour y parvenir, au peu de rapport qui existe généralement entre l'étendue des symptômes locaux et l'intensité des symptômes généraux. En auscultant attentivement, on trouvera presque toujours un point à la partie inférieure où la respiration paraîtra plus lointaine, et enfin la marche de la maladie, les caractères de l'expectoration, viendront confirmer un diagnostic qui offrait déjà de grandes probabilités.

Mais si la pleurésie peut présenter la respiration bronchique, et prendre par là les caractères de la pneumonie, celle-ci, à son tour, peut offrir une absence complète du bruit respiratoire, et simuler par conséquent la pleurésie. En pareil cas, la mensuration de la poitrine, l'effacement des espaces intercostaux, l'absence des crachats caractéristiques, le peu d'intensité du mouvement fébrile relativement à l'étendue de la lésion locale, feront reconnaître la pleurésie.

Tels sont les signes distinctifs de la pleurésie aiguë avec épanchement; mais il est quelques variétés qui demandent de nouveaux détails. On a observé, avons-nous dit, des cas de pleurésie sèche, c'est-à-dire avec simple exsudation de quelques fausses membranes minces. En pareil cas, la matité n'existe pas, et il n'y a point d'altération sensible de la respiration. Le point de côté étant presque toute la maladie, on pourrait croire à l'existence d'une simple *pleurodynie.* On évitera cette erreur en recherchant le *frottement pleurétique* et en notant le mouvement fébrile, qui appartient bien plus à la pléurésie qu'à la pleurodynie simple.

Nous ajoutons que M. Roy (3), médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dit avoir trouvé le moyen de reconnaître un épanchement pleurétique, quelque petit qu'il soit. Ce moyen est le suivant : On applique la main gauche sur le côté de la poitrine affecté, puis on percute les côtes avec la pulpe des doigts de la main droite ; et chaque percussion donne lieu à une fluctuation que perçoit très distinctement la main placée à la base de la poitrine.

Les pleurésies partielles, telles que la pleurésie diaphragmatique et médiastine, sont d'un diagnostic très difficile, attendu qu'elles ne donnent lieu à aucun signe particulier de percussion et d'auscultation. On n'a donc, pour se guider, que la douleur, la gêne de la respiration et les symptômes généraux.

(1) *Gazette médicale*, janvier 1843.
(2) *Traité des maladies des enfants.* 2ᵉ édition. Paris, 1853, t. Iᵉʳ, p. 554.
(3) *Revue médicale*, avril 1851.

Quant à la pleurésie double, elle pourrait être confondue avec un simple *hydrothorax*. Voici comment on distinguera ces deux affections. L'hydrothorax est une maladie qui vient en compliquer une autre; l'épanchement a lieu en même temps des deux côtés; il n'existe point de douleurs dans le thorax, ou, s'il en existe, elles sont légères. La marche de la maladie est chronique dans le plus grand nombre des cas. Les symptômes généraux sont ceux de la maladie principale. Or nous avons vu que la pleurésie simple aiguë, dans les cas rares où elle est double, envahit les deux côtés de la poitrine successivement; qu'elle n'a lieu que dans des cas où la maladie a un haut degré de violence et où sa marche est très aiguë; que le point de côté se fait violemment sentir, et qu'enfin les symptômes généraux sont graves.

Nous ne croyons pas devoir pousser plus loin ce diagnostic, attendu que les autres affections, telles que la *bronchite*, l'*emphysème pulmonaire*, etc., qui ont quelques rapports avec la pleurésie, présentent des différences si tranchées, qu'on ne peut pas supposer l'erreur possible, et quant aux cas où la respiration caverneuse ou amphorique, le gargouillement, la pectoriloquie, ont pu faire croire à l'existence d'une caverne tuberculeuse, ils sont trop exceptionnels pour qu'il ne suffise pas de les mentionner comme nous l'avons fait dans la description des symptômes.

## TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

### 1° *Signes positifs de la pleurésie aiguë.*

*Matité étendue*, complète à la base de la poitrine, avec absence d'élasticité sous le doigt qui percute.

Dans le même point, *respiration faible*, *nulle ou lointaine*.

Vibrations de la poitrine *anéanties*.

Respiration *conservée entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale* dans un espace limité.

*Égophonie un peu au-dessous de ce point.*

Rarement *déplacement* de ces phénomènes quand on fait prendre au malade une autre position.

*Toux peu violente*, *sèche*, ou avec expectoration muqueuse.

### 2° *Signes distinctifs de la pleurésie commençante et de la pneumonie.*

| PLEURÉSIE COMMENÇANTE. | PNEUMONIE. |
|---|---|
| Application de la main : *Vibrations* de la poitrine *diminuées*. | Application de la main : *Vibrations* de la poitrine *augmentées*. |
| Respiration bronchique *limitée* aux environs de la partie inférieure de l'omoplate. | Respiration bronchique *dans tous les points où existe la matité*. |
| Souffle bronchique ordinairement *éloigné de l'oreille*, ayant un timbre sec, éclatant, argentin. | Souffle bronchique ordinairement *voisin de l'oreille*. |
| *Pas de râles*. | Râle *crépitant* ou sous-crépitant. |
| *Égophonie* (signe douteux). | *Bronchophonie* simple (signe douteux). |
| Rarement les phénomènes *changent de place*, suivant les diverses positions du malade. | Les phénomènes ont un *siége fixe*. |

*3° Signes distinctifs de la pleurésie avec respiration bronchique étendue et superficielle, et de la pneumonie.*

| PLEURÉSIE. | PNEUMONIE. |
| --- | --- |
| Les symptômes généraux *ne sont pas en rapport* avec la grande étendue des symptômes locaux. | Symptômes généraux ordinairement *en rapport* avec l'étendue des symptômes locaux. |
| Ordinairement la respiration bronchique est plus *éloignée de l'oreille* et moins forte à *la partie inférieure*. | Respiration bronchique généralement *plus forte à mesure qu'on descend*. |
| Expectoration *nulle* ou muqueuse. | Crachats *caractéristiques*. |
| *Pas de râles*. | Râle *crépitant* ou sous-crépitant. |

*4° Signes distinctifs de la pleurésie et de la pneumonie avec absence du bruit respiratoire.*

| PLEURÉSIE. | PNEUMONIE. |
| --- | --- |
| Poitrine *dilatée*; espaces intercostaux effacés. | Poitrine *non dilatée*. |
| Symptômes généraux *peu en rapport* avec l'étendue des symptômes locaux. | Symptômes généraux ordinairement *en rapport* avec l'étendue des symptômes locaux. |
| Expectoration *nulle* ou muqueuse. | Crachats *caractéristiques*. |

*5° Signes distinctifs de la pleurésie sèche et de la pleurodynie.*

| PLEURÉSIE SÈCHE. | PLEURODYNIE. |
| --- | --- |
| Mouvement fébrile *plus ou moins intense*. | Mouvement fébrile *faible ou nul*. |
| *Frottement pleurétique*. | *Aucun signe* à la percussion ou à l'auscultation. |

*6° Signes distinctifs de la pleurésie double et de l'hydrothorax.*

| PLEURÉSIE DOUBLE. | HYDROTHORAX. |
| --- | --- |
| Affection *primitive*. | Affection *secondaire*. |
| Occupe les deux côtés *successivement*. | Envahit les deux côtés *en même temps*. |
| Symptômes généraux en rapport *avec l'étendue des symptômes locaux*. | Symptômes généraux en rapport *avec la maladie primitive*. |

*Pronostic.* — Nous avons vu, dans l'article consacré à la terminaison de la maladie, combien la pleurésie est généralement peu grave lorsqu'elle se développe chez un sujet *dont la constitution n'est pas altérée par une autre maladie.* Elle devient, au contraire, très grave dans les cas où elle complique une affection préexistante; et quoique cette gravité soit d'autant plus grande que la maladie antérieure est plus sérieuse, il n'en est pas moins démontré par les faits que la pleurésie peut devenir mortelle lorsqu'elle se développe dans le cours d'une affection légère, d'une simple bronchite, par exemple. C'est un fait qu'il faut avoir toujours présent à l'esprit avant de porter un pronostic et avant de se livrer à des recherches thérapeutiques.

La pleurésie qui est due à une perforation du poumon, par quelque cause que ce soit, est une affection constamment mortelle. Lorsqu'elle est double, ce qui sur-

vient ordinairement dans des cas de complication, elle a une grande gravité. Enfin l'intensité des symptômes généraux peut faire juger d'une manière assez exacte du degré de cette gravité.

### § VII. — Traitement.

Le traitement de la pleurésie ne présentant pas le même intérêt que celui de la pneumonie, il est peu étonnant que les auteurs l'aient étudié avec beaucoup moins de soin. Aussi, excepté pour quelques médications particulières, ne trouvons-nous aucun travail réellement important sur ce sujet. Mais si la pleurésie n'est point, en général, une maladie très grave, elle est toujours une maladie sérieuse, même dans les cas les plus simples. Il est donc important d'en étudier le traitement avec plus de méthode qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

*Évacuations sanguines.* — En général, les médecins n'emploient que de *faibles saignées;* mais, dans ces derniers temps, M. Bouillaud a appliqué à cette maladie, quoique avec une certaine modération, son traitement par les saignées abondantes et répétées (1). Le nombre des saignées générales qu'il pratique varie d'une à quatre, et de plus il prescrit deux ou trois saignées locales, fournissant de trois à douze palettes de sang. Les autres médecins se contentent généralement d'une saignée au début, et de l'application de quelques *sangsues* ou de quelques *ventouses scarifiées* sur le point douloureux.

Quelle est la valeur de ces deux médications ? Pour répondre à cette question, il est évident qu'on ne doit pas se contenter de chercher dans la mortalité une différence qui ne prouverait rien. Si, en effet, l'un de ces deux traitements est appliqué à une pleurésie survenue dans le cours d'une bonne santé, la guérison a lieu ; si, au contraire, la pleurésie vient compliquer une autre maladie, et surtout une maladie grave, elle se termine souvent par la mort. L'abondance des saignées ne change absolument rien à ce résultat ; mais on peut se demander si, par les saignées abondantes, la durée de la maladie est abrégée ; si les principaux symptômes sont notablement amendés ; si, en un mot, il se produit une amélioration évidente qu'on doive nécessairement rapporter à l'abondance de la saignée. Relativement à la durée de la maladie, nous avons pu rassembler 26 cas de pleurésie simple propres à répondre à cette question ; 10 cas ont été traités par des saignées abondantes, et les autres par des saignées modérées. Chez les premiers, la maladie a duré environ quatorze jours, et chez les autres, seize. Cette différence n'est pas très notable, comme on le voit, et elle le serait bien moins encore si des cas de saignées modérées on en retranchait un dont la durée a été tout exceptionnelle (cinquante jours).

Nous ne nous dissimulons pas que ces chiffres sont bien faibles pour établir un résultat définitif; aussi ne les avons-nous donnés que comme renseignements, en attendant que des recherches plus étendues nous mettent à même d'en juger définitivement la valeur.

Quant à l'influence des saignées plus ou moins abondantes sur les principaux symptômes, nous devons dire que, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas convenablement l'apprécier. Généralement les évacuations sanguines réussissent à

(1) *Clinique médicale de la Charité*. Paris, 1837, t. II, p. 252.

calmer les premiers symptômes et à abattre le mouvement fébrile. Les ventouses scarifiées ou les sangsues appliquées sur la partie douloureuse font souvent, dès la première application, disparaître le point de côté. Voilà tout ce que nous savons à ce sujet.

En général, on se règle, pour l'abondance de la saignée, sur les forces du malade, sur l'élévation du pouls, sur l'intensité du mouvement fébrile. On ne cherche plus aujourd'hui à établir quel est le côté où il faut saigner ; et quant à ces anciens préceptes de ne plus saigner après un certain nombre de jours, ils sont regardés, avec raison, comme de nulle valeur.

Les *émollients* et les *adoucissants* sont employés en même temps que la saignée : ce sont des adjuvants qu'il ne faut pas négliger. Ainsi, les tisanes de mauve, de guimauve, de violette, etc., les potions gommeuses devront être prescrites dans tous les cas. De plus, pour calmer la toux et pour procurer aux malades un peu de repos, on y joint ordinairement les *narcotiques*. L'opium à la dose de 0,03 à 0,05 ou 0,10 grammes remplit parfaitement cette indication : 15 à 30 grammes de sirop d'acétate de morphine ou de sirop diacode sont également prescrits avec avantage.

*Vomitifs.* — Le tartre stibié était très fréquemment prescrit par les anciens pour combattre la complication bilieuse ; mais nous l'avons déjà dit, les anciens confondaient dans un grand nombre de cas la pleurésie et la pneumonie. M. Chomel s'exprime ainsi relativement à l'emploi de l'émétique dans la pleurésie : « Voici, dit-il (1), ce que l'observation m'a appris à cet égard : les symptômes bilieux qui se montrent au début de la pleurésie se dissipent, chez le plus grand nombre des malades, dans l'espace de quelques jours, pendant l'emploi des moyens antiphlogistiques, des boissons délayantes et de la diète. Si, au lieu de se borner à cette médication, on administre un vomitif dès le début, les malades, à la fatigue près qui accompagne et suit les efforts du vomissement, n'en éprouvent pour la plupart aucun changement notable. Ils en obtiennent, au contraire, un soulagement marqué, lorsque les signes d'embarras gastrique ont persisté pendant plusieurs jours malgré la diète et les saignées. »

On voit qu'il y a bien loin de cette simple indication à un résultat précis fondé sur une analyse exacte des faits. Cependant cette opinion est trop formellement exprimée pour qu'on ne doive pas y avoir égard dans les cas qui paraîtraient favorables. Richter (*Spec. ther.*) associait au tartre stibié le *nitrate de potasse.*

Laennec employait l'*émétique à haute dose* dans la période aiguë de la pleurésie ; mais il n'a rien dit qui puisse prouver l'efficacité de cette médication, que M. Mériadec Laennec regarde, au contraire, comme dangereuse. Aujourd'hui on se borne à donner l'émétique à dose vomitive, à la manière de Stoll. Quant aux autres vomitifs (kermès, etc.), il est inutile d'en parler ici.

Le *vésicatoire* est un des moyens le plus généralement employés, et cependant on a élevé bien des doutes sur son efficacité. Nous n'avons point de relevés exacts de faits propres à éclaircir cette question de thérapeutique, d'où il suit que la plupart des médecins qui emploient le vésicatoire dans la pleurésie le font uniquement parce que ce moyen est généralement recommandé, et non parce qu'ils sont sûrs d'en avoir retiré de bons effets. Quelques-uns appliquent l'emplâtre vésicant au

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XXV, art. PLEURÉSIE.

début même de la maladie. Cet exemple ne doit pas être imité, non de crainte que le vésicatoire exaspère les douleurs, car, au contraire, il peut les diminuer notablement, mais parce que, apportant un nouvel élément fébrile, il peut s'opposer aux avantages qu'on retire ordinairement de la saignée. Toutefois ce mouvement fébrile étant beaucoup moins intense que dans la pneumonie, les inconvénients sont ici moins grands. La plupart des médecins appliquent le vésicatoire quelques jours après le début, lorsque les principaux symptômes se sont amendés et que la résorption de l'épanchement est devenue l'indication principale. Cette résorption est-elle réellement favorisée par l'application du vésicatoire? C'est ce qu'il est impossible de dire. Les observations rapportées par les auteurs sont peu propres, en effet, à résoudre cette question; car, dans presque toutes, le vésicatoire a été appliqué concurremment avec d'autres moyens actifs. J'ajouterai seulement que l'opinion de M. Chomel est favorable à l'influence du vésicatoire sur la résorption de l'épanchement.

*Préparations mercurielles.* — Les préparations mercurielles ont été assez fréquemment employées, et quelquefois au point de produire la salivation. Schmidtmann (1) associait le *calomel* à l'opium. M. Bouillaud a quelquefois suivi cet exemple, en donnant de 30 à 40 centigrammes de calomel uni à l'extrait thébaïque. Dans un cas compliqué de tubercules, et rapporté par M. Hirtz (2), l'emploi du calomel a été poussé jusqu'à la salivation, mais le sujet a succombé. Ainsi on voit encore que nous n'avons rien de précis à dire sur l'efficacité de ce médicament.

*Diurétiques.* — Dans une maladie où il se forme une accumulation de sérosité, il est tout naturel qu'on ait songé à employer les médicaments hydragogues, et en particulier les diurétiques. Aussi cette pratique est-elle ancienne; mais quoiqu'on l'ait fréquemment mise en usage, nous n'en connaissons qu'imparfaitement les effets. Dans l'état actuel de la science, on doit regarder les diurétiques comme des médicaments adjuvants, plutôt que comme des remèdes d'une efficacité démontrée. Laennec accorde une certaine confiance aux diurétiques, mais il pense qu'on doit, pour les rendre véritablement utiles, les porter à une dose plus élevée qu'on ne le fait généralement. Il donnait de préférence l'*acétate de potasse* à la dose de 24 à 60 grammes par jour, en élevant graduellement la dose. La tisane suivante remplit cette indication :

| | |
|---|---|
| ℞ Acétate de potasse... 30 à 60 gram. | Décoction de chiendent..... 550 gram. |

A prendre dans la journée.

Le *nitrate de potasse* à haute dose est recommandé également par Laennec. Cet auteur en donnait de 2 à 12 ou 16 grammes par jour, suivant que les malades le supportaient plus ou moins bien. On peut encore le donner en potion. Ainsi on administre :

| | |
|---|---|
| ℞ Nitrate de potasse........ 4 gram. | Sirop des cinq racines........ 40 gram. |
| Eau de sureau........... 200 gram. | |

Mêlez. A prendre par cuillerées.

(1) *Summa observ. med.* Berolini, 1819.
(2) *Loc. cit.*, p. 180.

Quelquefois aussi Laennec associait le *sel ammoniac* au nitre, suivant la méthode de Triller. Enfin il prescrivait l'*extrait de scille*, qu'un grand nombre d'auteurs avaient employé avant lui, et suivant la méthode conseillée par Quarin dans l'hydropisie, c'est-à-dire en donnant 0,10 grammes répétés toutes les trois heures. Enfin il a mis en usage l'*urée*, d'abord à la dose de 0,60 grammes, puis graduellement à celle de 4 grammes, et au delà. Pour administrer ce médicament, il suffit de le faire dissoudre dans une quantité suffisante d'eau distillée.

La *digitale* est un médicament qui peut être considéré comme agissant de deux manières : 1° d'une manière sédative ; 2° comme diurétique. Elle a été recommandée par Tommasini, qui l'employa dans un cas où les saignées lui avaient paru inutiles, et par Mac-Lean qui cite un cas à peu près semblable.

Que faut-il penser des médicaments dont nous venons de parler ? A les considérer d'une manière générale, on peut dire, avec Laennec, que ce sont des médicaments infidèles ; et l'on peut ajouter, relativement au cas particulier dont nous nous occupons, qu'il n'existe pas un seul fait bien observé en leur faveur. On aurait tort, par conséquent, de leur accorder un très haut degré de confiance.

*Antispasmodiques.* — Le *musc* est le médicament de ce genre qui a été le plus employé ; mais aucun fait positif ne nous permettant d'apprécier son action, il est inutile d'exposer une médication en laquelle le praticien ne saurait nullement se confier.

Nous en dirons autant des *toniques*, administrés dans les cas de pleurésie secondaire chez des individus fortement débilités ; du *sulfate de quinine à haute dose* prescrit par M. Baudelocque dans la pleurésie des enfants ; de l'*acide hydrocyanique*, médicament si dangereux, et, dans la plupart des cas, d'un effet si problématique ; enfin de plusieurs autres substances, telles que le lin, la *douce-amère*, etc., dont l'efficacité n'est nullement démontrée.

On voit, d'après ce qui précède, que le traitement de la pleurésie aiguë est peu riche et varié ; mais cela s'explique très bien. Nous avons vu, en effet, que la pleurésie simple est une maladie qui tend naturellement à la guérison ; en pareil cas il suffit de quelques moyens appropriés pour calmer les principaux symptômes ; car au bout de quelques jours la nature se charge elle-même de la cure. Dans les cas compliqués, au contraire, la maladie primitive étant ordinairement grave, et la pleurésie, malgré son importance, que nous sommes loin de méconnaître, n'étant souvent qu'un accessoire, on ne dirige contre elle que des moyens peu actifs, parce qu'on s'occupe toujours d'une manière spéciale de l'affection qu'elle vient compliquer. C'est, au reste, ce que Laennec avait entrevu quand il disait que, n'employât-on aucun médicament, ou bien mît-on en usage les médications les plus variées ou même les plus nuisibles, la pleurésie n'en guérirait pas moins dans la grande majorité des cas.

On ne devra donc, dans les cas de pleurésie simple, avoir recours qu'à un petit nombre de moyens très simples eux-mêmes, et dont l'efficacité est mieux prouvée que celle de tous les autres. A ce sujet, je dois apporter le traitement employé par M. Louis, tel qu'il a été indiqué par M. Weber (1).

(1) *Journal hebdom. de méd. et de chir. prat.* Paris, août 1831.

### TRAITEMENT DE M. LOUIS.

Au début, une ou deux saignées générales; si la douleur de côté est vive, application de 12 à 20 sangsues sur le point douloureux; il est rarement néces[illegible] de réitérer cette application. Pendant les premiers jours, boissons délayantes, [illegible] absolue.

Lorsque les symptômes les plus aigus se sont apaisés, prescrivez l'usage [illegible] tisanes nitrées et de la teinture éthérée de digitale à la dose de 8 à 60 gouttes. [illegible] même temps recouvrez le côté malade d'un large emplâtre de poix de Bourg[illegible] afin d'y entretenir un degré constant de température. Si, après la résorption [illegible] l'épanchement, le bruit de frottement s'accompagne de douleur, entourez le [illegible] rax d'un bandage de corps lacé qui force le malade à respirer par le diaphragme[illegible] de cette manière on fait cesser la douleur.

M. Cruveilhier (1) a indiqué quelques formules dans lesquelles se trouvent [illegible] semblés un certain nombre des médicaments indiqués plus haut, et que par [illegible] séquent il est bon de consigner ici. Voici la première :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Calomel | 0,10 gram. | Poudre de digitale | 0,025 gram. |
| Scille | 0,05 gram. | Sirop de nerprun | Q. s. |

La seconde est également composée de purgatifs et de diurétiques. On en forme une mixture ainsi qu'il suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Teinture d'aloès | 4 à 8 gram. | Teinture de digitale | 20 gouttes. |
| Teinture de scille | 20 gouttes. | | |

A prendre le matin à jeun, tous les deux ou trois jours.

L'action des médicaments doit être, dans tous les cas, favorisée par un certain nombre de précautions générales dont voici le tableau :

### PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE AIGUE.

1° Repos au lit, au moins dans les premiers temps.
2° Température modérée.
3° Éviter les efforts de voix et les conversations prolongées.
4° Diète absolue au début; régime sévère dans le cours de la maladie.

*Paracentèse thoracique.*—Dans ces dernières années, on a préconisé la thoracocentèse dans certains cas de pleurésie aiguë dans lesquels la suffocation a paru imminente. C'est principalement M. Trousseau qui a soutenu cette thèse, et qui a rapporté le plus de faits à son appui (2). Plus tard, M. Barby (3) a défendu la

(1) *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, art. PLEURÉSIE.

(2) *Journ. de méd.*, novembre 1843 et août 1844. — *Séances de la Soc. méd. des hôpit. de Paris* (*Union méd.*, 23 mars 1850). — *De la paracentèse de la poitrine*, par M. Lacaze-Duthiers (*Union méd.*, mars 1850).

(3) *Considérations sur quelques points de l'histoire et du traitement de la pleurésie avec épanchement.*

manière de voir, et d'autres médecins ont cité des faits dans lesquels la ntèse ayant été pratiquée, les malades ont guéri. Ainsi, M. le docteur leyran (1), chirurgien en chef de l'hôpital de Yedi-Kaulé, à Constanti ite trois observations de thoracocentèse pendant la période d'acuité de la une malade succomba, les deux autres guérirent rapidement. Ces faits que cette opération, dans la pleurésie aiguë, n'est pas aussi dangereuse rait pu le croire. Mais là n'est pas la question. L'opération est-elle opportune? ce qu'il s'agit de décider, car bien que, comme nous venons de le dire, oin d'être aussi dangereuse qu'on le pensait, personne ne soutiendra qu'elle ravité, et qu'il soit indifférent de la pratiquer. Des faits cités, il est résulté s que, dans un certain nombre, du moins, on s'est laissé trop effrayer par cation plus grande que de coutume. Nous avons vu, en effet, des cas où la n a été au moins aussi considérable, et où les remèdes ordinaires ont suffi. encement de cette année, M. Marrotte a eu dans son service, à l'hôpital arguerite, un sujet qui paraissait dans l'état le plus grave : la dyspnée était ; il y avait lividité de la face, petitesse et fréquence considérable du pouls. cin nous demanda notre avis, à M. Denonvilliers et à moi, sur l'oppor- la thoracocentèse. Nous pensâmes que, malgré l'intensité insolite des sym- on pouvait attendre. Un traitement actif fut appliqué. Dès le lendemain il ne amélioration sensible, et le malade a parfaitement guéri. On trouve auteurs plusieurs cas de ce genre.

dant M. Trousseau a cité des cas de mort qui ont eu lieu sous ses yeux, les mains de praticiens des plus habiles. Ces cas étaient remarquables ondance de l'épanchement et la petitesse du pouls. Nous-même, nous n récemment un jeune sujet qui avait depuis cinq mois un épanche- orme, avec la dyspnée la plus intense, et une déviation du cœur telle ointe battait à un pouce en dehors du membre droit. Le traitement de cette ayant été négligé, elle était devenue rebelle aux moyens ordinaires. La entèse eut le plus beau succès. La paracentèse peut donc être quelquefois ais les cas qui la réclament sont rares. Suivant M. Pidoux (2), les pleu- ui réclament le plus impérieusement la thoracocentèse sont d'une nature rticulière, et se rapprochent plutôt de l'hydropisie que des phlegmasies. hement qui caractérise cette variété de pleurésies s'opère généralement e lenteur qui explique l'obscurité des symptômes ou la *latence*. Les ma- éprouvent qu'une fatigue insolite et une gêne vague et indicible dans la poi- uant à la dyspnée, ils ne la ressentent que dans la marche.

n'avons pas trouvé, dans les observations, la confirmation de cette manière et dans le fait que nous avons cité plus haut, la maladie a suivi exactement he des pleurésies ordinaires.

t aux procédés employés pour la paracentèse thoracique, nous les ferons re dans l'article consacré à la *pleurésie chronique*, pour laquelle on l'a lement pratiquée.

*mé*, *ordonnances*. — Le résumé du traitement de la pleurésie n'a qu'une

(1) *ion médicale*, 16 mars 1852.

(2) *pronostic de la pleurésie latente et des indications de la thoracocentèse* (*Actes de la médicale des hôpitaux*, 1er fascicule, 1850).

importance secondaire, puisque ce traitement est peu compliqué. Quant aux ordonnances, nous n'en rapporterons pas un grand nombre, pour les mêmes raisons.

**Ordonnance.**

PLEURÉSIE AIGUE SURVENUE CHEZ UN SUJET BIEN PORTANT.

1° Pour tisane, infusion de violettes édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Une ou deux saignées de 300 à 400 grammes. Si, ce qui est rare, la violence de la fièvre et des principaux symptômes locaux l'exigeait, on pourrait augmenter le nombre des saignées.

3° Une, et rarement deux applications de 15 à 20 sangsues ou de 7 à 8 ventouses scarifiées sur le point douloureux.

4° Un emplâtre de diachylon ou de poix de Bourgogne sur le côté malade.

5° Diète; repos des organes thoraciques.

*Chez les enfants*, on emploie les mêmes moyens; seulement, au lieu de la saignée générale, on applique d'une à dix sangsues, suivant l'âge. A l'âge de [illegible] ans et au-dessus, on peut facilement pratiquer la saignée générale.

## ARTICLE IV.

### PLEURÉSIE CHRONIQUE.

La *pleurésie chronique* à l'état de simplicité est une maladie rare; c'est ce que les auteurs ont l'occasion de vérifier tous les jours : il semble donc que son histoire ne devrait pas nous arrêter. Nous ferons remarquer que, même dans l'état de complication, elle présente des considérations pratiques fort importantes. Il [est] donc nécessaire d'en tracer une description rapide.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La pleurésie chronique est celle qui reste longtemps stationnaire, et donne lieu à une fièvre hectique plutôt qu'à un état fébrile aigu. Laennec (1) distinguait trois sortes de pleurésies chroniques : 1° celles qui, dès l'origine, ont ce caractère; 2° [les] pleurésies aiguës passées à l'état chronique; 3° les pleurésies compliquées de productions organiques sur la surface de la plèvre. Les deux premières sont les plus importantes.

La synonymie de la pleurésie chronique est la même que celle de la pleurésie aiguë; il faut y joindre seulement le nom d'*hydrothorax*, employé par beaucoup d'auteurs pour désigner l'épanchement qu'elle produit.

Nous avons dit plus haut que la pleurésie chronique simple était rare; il n'en [est] pas de même de celle qui vient compliquer une autre maladie : de sorte qu'en[vi]sagée d'une manière générale, cette maladie ne laisse pas de se présenter *fréquemment*.

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, t. II, 2° et 3° édit.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

Nous ne connaissons rien de positif sur l'influence de l'*âge* avant les recherches de M. Oulmont (1). Ce médecin a trouvé de deux ans et demi à quinze ans, 13 cas; de quinze à trente ans, 28 cas; de trente à soixante ans, 14 cas. Comme on le voit, la fréquence de cette affection est, relativement à l'*âge*, en rapport avec la fréquence de la phthisie. Quant au *sexe*, nous devons dire que parmi les observations que nous avons rassemblées, le plus grand nombre a été recueilli chez des sujets du sexe masculin. Dans les cas rassemblés par M. Oulmont, il y avait 45 hommes et 13 femmes.

Nous ne savons rien de positif sur l'influence de la constitution et du tempérament.

L'*état de santé* des sujets nous offre des considérations d'une grande importance. La pleurésie chronique attaque ordinairement des individus affectés d'une autre maladie, et presque toujours des phthisiques. Dans quinze cas de complication pris au hasard, nous avons toujours trouvé dans le poumon des tubercules à un degré plus ou moins avancé. La pleurésie chronique simple, qui s'est montrée quatre fois dans 25 cas, a offert ceci de remarquable, qu'elle a eu lieu chez des individus qui venaient d'essuyer une maladie assez grave dont ils n'étaient point encore complétement remis. Enfin, on voit, dans quelques cas rares, la pleurésie aiguë, survenue chez des sujets dans un état de santé apparente, se terminer par le passage à l'état chronique. Toutefois on ne doit avancer ce fait qu'avec réserve; car les observations de ce genre, et notamment celles de M. Heyfelder (2), manquent des détails nécessaires pour qu'on puisse en juger les antécédents.

### 2° Causes occasionnelles.

Ainsi donc l'existence d'une maladie antérieure ou d'une maladie chronique, et particulièrement des tubercules pulmonaires, est la condition essentielle de la production de la pleurésie chronique. Mais quelle est la cause déterminante de la maladie, et pourquoi se montre-t-elle plutôt chez certains sujets que chez d'autres? Il est fort difficile de répondre à ces questions. Cependant on peut dire, d'une manière générale, que les principales causes occasionnelles de la pleurésie aiguë sont aussi celles de la pleurésie chronique, dont l'état particulier des sujets détermine seul la forme. La production, à la surface de la plèvre, de *petites masses d'aspect tuberculeux*, cause nécessairement la pleurésie chronique; c'est à cette lésion que MM. Barthez et Rilliet (3) ont donné le nom de phthisie pleurale.

## § III. — Symptômes.

Les symptômes locaux de la pleurésie chronique ne diffèrent que médiocrement de ceux de la pleurésie aiguë. Voici les différences :

(1) *Recherches sur la pleurésie chronique*. Paris, 1844.
(2) *Archives gén. de méd.*, 1839, 3° série, t. V, p. 59.
(3) *Traité clin. et prat. des maladies des enfants*, 2° édit. Paris, 1854, t. III, p. 737.

La *douleur* pongitive est nulle, ou bien elle est obscure, fugace, ne se montre qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Assez souvent la *respiration* est encore facile au début ; quelquefois elle reste telle pendant très longtemps, même quand l'épanchement est abondant. Généralement il y a une *dyspnée* assez marquée, avec oppression.

La *toux* existe ordinairement dans la pleurésie chronique ; quoiqu'on ait dit que ce symptôme manquait le plus souvent, il a été noté affirmativement dans toutes les observations publiées, lorsque l'attention du médecin s'est fixée sur lui. Assez souvent même la toux est fréquente et pénible. Dans les cas où il existe des tubercules, elle s'accompagne de l'expectoration qui appartient à la phthisie ; dans les autres, elle est sèche ou seulement muqueuse. Comme dans la pleurésie simple, les malades se couchent de préférence sur le dos ou sur le côté malade. M. Heyfelder a remarqué, dans presque tous les cas qu'il a observés, que les malades couchés sur le côté affectés avaient leurs membres rapprochés du tronc comme s'ils étaient accroupis.

L'examen de la poitrine fait reconnaître une *dilatation* plus ou moins considérable du côté affecté ; les espaces intercostaux sont effacés, plus larges et quelquefois saillants ; l'omoplate est abaissée. Si l'on fait faire une forte inspiration, on remarque que les parois thoraciques de ce côté restent immobiles, tandis qu'elles offrent de grands mouvements de l'autre côté. On a observé aussi quelquefois une déviation de la colonne vertébrale et même du sternum. M. Heyfelder en a vu quelques exemples. Enfin, on a trouvé des déplacements des organes voisins, et notamment du cœur. Dans un cas cité par M. Barth (1), et dans un que nous avons récemment observé, cet organe était tellement refoulé, à droite qu'on eût pu croire à une transposition des viscères, et M. Oulmont a remarqué que quelquefois le développement du thorax se communique au côté correspondant de l'abdomen, ce qui est dû à l'abaissement du foie.

Les signes physiques de la pleurésie chronique ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la pleurésie aiguë avec épanchement. Absence de vibrations dans les parois de la poitrine quand le malade parle ou tousse ; matité du son dans une étendue considérable avec une résistance marquée au doigt qui percute ; éloignement du bruit respiratoire ; absence de ce bruit principalement vers la base du poumon ; conservation du bruit respiratoire vers la colonne vertébrale ; égophonie, surtout aux limites de la matité : tels sont les signes que fournissent nos divers moyens d'exploration. Dans deux cas, M. Heyfelder (obs. 3 et 4) a entendu, pendant qu'il pratiquait la succussion de la poitrine, un bruit semblable à celui que produit un flot de liquide retombant sur lui-même ; dans un de ces cas, ce phénomène n'a eu lieu qu'après l'opération, et on l'explique facilement par l'entrée d'une certaine quantité d'air à travers l'ouverture du thorax : nous venons d'en observer tout récemment un semblable ; mais dans l'autre, le bruit ayant été entendu avant l'opération, l'explication est très difficile. Y avait-il chez ce malade un pneumothorax ?

Il résulte des recherches de M. Oulmont, que lorsque la pleurésie chronique donne lieu à un épanchement purulent, les symptômes généraux, et principalement la fièvre, sont bien plus marqués que dans la pleurésie avec épanchement séreux. Toutefois cet auteur reconnaît que rarement les cas se présentent à l'état

(1) *Séances de la Société méd. des hôpitaux* (*Union med.*, septembre 1852).

et l'épanchement; mais les cas de ce genre sont très rares. A ces
il faut joindre ceux qui appartiennent aux tubercules, à l'hypertrophie
n un mot aux diverses affections chroniques que la pleurésie est venue
. On voit quelquefois des sujets qui ont depuis un temps assez long un
nt considérable, n'éprouver presque aucun de ces symptômes, pouvoir
rer à un exercice assez fatigant, et n'offrir que les signes physiques de
ent.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

*che* de la maladie est lente et continue dans le plus grand nombre des
uelques sujets, il y a par moments des exacerbations, des retours à l'état
t à la *durée* de la maladie, elle est toujours longue; elle varie de deux ou
à une ou plusieurs années.

*inaison* a lieu le plus ordinairement par la mort. Dans ce cas, les sym-
néraux dont nous avons parlé augmentent notablement : les forces sont
'amaigrissement fait des progrès, l'appétit est complétement perdu, l'op-
ugmente, et enfin les malades finissent par succomber dans le marasme.
s de guérison sans opération, on voit, au contraire, la fièvre diminuer,
e relever, et la face reprendre l'aspect de la santé avant même que les
siques se soient notablement amendés. Ensuite ceux-ci diminuent à leur
ue l'on constate par les divers phénomènes que l'auscultation et la per-
ous ont déjà fait observer dans la pleurésie aiguë, et le malade entre en
nce. C'est alors qu'on trouve, après le retour à la santé, un rétrécisse-
poitrine quelquefois très considérable. Ce rétrécissement, constaté par
par tous les auteurs qui après lui ont étudié cette affection, est facile à
Lorsque le liquide est résorbé, le poumon tend à reprendre la place dont
igné par le refoulement; mais, enveloppé de fausses membranes souvent
s, il ne peut plus se dilater qu'incomplétement, et les parois de la poi-

[Il n'est pas sans intérêt de signaler un ordre de faits qui avait échappé à peu près complétement aux anciens, et qui, dans ces derniers temps, depuis les travaux des médecins orthopédistes, a pris naissance et s'est développé : c'est la déformation consécutive à la pleurésie, chez les jeunes sujets principalement. On a remarqué que la pleurésie chronique, en donnant lieu à un rétrécissement du côté de la poitrine, où elle siége, et en nuisant au développement de cette partie, causait des difformités qui quelquefois sont portées assez loin ; il en peut résulter une inclinaison latérale, et une déviation de la colonne vertébrale. D'après quelques auteurs, un certain nombre de cas de difformité de la taille seraient dus à cette cause.]

### § V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques sont à peu près les mêmes que celles de la pleurésie aiguë. Nous allons donc nous contenter de les énumérer rapidement. On trouve des fausses membranes plus épaisses, plus denses, formant quelquefois une espèce de sac dans lequel le liquide est renfermé, et donnant lieu par là aux *pleurésies enkystées*. Quelquefois on a trouvé plusieurs de ces sacs, ou bien une fausse membrane formant de larges mailles dans lesquelles est épanché le liquide. La couleur des fausses membranes est variable. Quant au liquide, il est limpide dans un petit nombre de cas, et alors ordinairement citrin avec des flocons albumineux. D'autres fois il est épais, jaune ou verdâtre, en un mot purulent : c'est ce que les chirurgiens ont appelé *empyème de pus*. Le poumon, refoulé, condensé, comme carnifié, mou, non crépitant, est recouvert de fausses membranes quelquefois très épaisses et qui le *coiffent* entièrement. Rarement son tissu est sain ; il présente ordinairement des tubercules à un degré plus ou moins avancé.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces lésions, qu'on trouvera décrites avec le plus grand soin dans le mémoire de M. Oulmont. Dans les cas qui ont eu une heureuse terminaison, on voit encore, longtemps après, des restes de la maladie consistant en fausses membranes plus ou moins complétement converties en tissu cellulaire.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la pleurésie chronique n'offre pas ordinairement de difficultés sérieuses. Avec quelles maladies, en effet, pourrait-on la confondre? Avec la *pneumonie chronique?* Mais les phénomènes d'auscultation sont différents. Dans celle-ci, la bronchophonie et le souffle tubaire voisins de l'oreille ; dans l'autre, au contraire, l'éloignement de la respiration, surtout vers la base du thorax, l'égophonie, la dilatation de la poitrine, constituent de très bons signes différentiels.

Quant à la *phthisie*, elle diffère de la pleurésie chronique par son siége à la partie supérieure du poumon, et par l'existence, dans le même point, de signes physiques qu'on ne retrouve pas dans la pleurésie chronique.

Chomel a pensé qu'on pourrait confondre un épanchement circonscrit avec une *splénisation* du poumon. Les cas où cette confusion pourrait avoir lieu sont rares. On serait, en pareil cas, mis sur la voie par la succession des phénomènes, par l'existence de quelques symptômes accidentels, par des crachats caractéristiques, etc. On a encore admis comme pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic l'existence de *tumeurs solides* dans la plèvre ; d'un *kyste* formé hors de

cette membrane, et ayant pris son accroissement vers le poumon ; d'une *tumeur du foie* soulevant le diaphragme. Dans ces cas rares, le diagnostic est souvent incertain, et l'on n'a guère, pour se guider, que la marche de la maladie, accompagnée de quelques symptômes particuliers qu'il faut noter avec grand soin.

Enfin, lorsque le liquide pleurétique vient faire saillie dans un point des parois thoraciques, on pourrait croire à l'existence d'un *abcès* siégeant uniquement dans les parties molles ; mais dans la pleurésie, l'auscultation fait reconnaître l'épanchement dans une certaine étendue de la plèvre : on peut, par la pression, faire disparaître en grande partie la tumeur, et, de plus, on a pour se guider les commémoratifs, qui sont ceux de l'épanchement dans la poitrine. Lorsque l'on a pratiqué l'ouverture de l'abcès apparent, la grande abondance du liquide, surtout quand on considère le peu d'étendue de la tumeur et la grande profondeur à laquelle pénètre un stylet introduit par la plaie, lève tous les doutes.

[L'auscultation des poumons donne d'utiles renseignements, mais il ne faut pas oublier l'auscultation du cœur. Dans les grands épanchements, alors que le poumon refoulé et déprimé en haut et en dedans le long de la colonne vertébrale, ne peut plus se dilater, on doit chercher où bat le cœur. L'auscultation et la percussion le feront trouver, en pareil cas, refoulé vers la partie moyenne derrière le sternum et même à droite. Ce signe est un des meilleurs que l'on puisse indiquer, et il devra souvent décider le médecin à pratiquer la thoracocentèse.

La percussion de la poitrine, la recherche de l'étendue et de l'intensité de la matité, ne suffisent pas.

La poitrine doit être examinée et mesurée avec la plus grande exactitude. A première vue, on reconnaîtra un épanchement considérable aux signes suivants : déformation de la poitrine dilatée du côté malade, écartement des côtes ; *immobilité* de ce côté, tandis que l'autre côté respire activement et souvent avec une fréquence excessive ; absence de vibrations ; l'attitude du malade, qui ne peut se coucher que sur le dos, l'anhélation, la pâleur excessive, sont encore des signes dont il faut tenir compte.

Parmi les moyens d'investigation propres à éclairer le diagnostic et à fournir des signes positifs, l'un des plus précieux est celui dont nous avons déjà parlé page 27, à l'occasion de la pleurésie aiguë. Il a été imaginé et introduit dans la pratique par M. le docteur Woillez (1). Ce moyen consiste dans la mensuration de la poitrine à l'aide du procédé et avec les précautions que nous allons indiquer. Le but est de connaître l'étendue circulaire de la poitrine, ses différents diamètres, la forme de sa courbe circulaire, et de reconnaître dans quelle partie s'est faite l'ampliation ou la rétrocession. Pour cela, on se sert d'un simple ruban gradué ou d'un instrument nommé par M. Woillez *cyrtomètre*, composé de pièces en baleine articulées. L'instrument doit être appliqué à la hauteur de l'articulation sterno-xiphoïdienne.

L'instrument, grâce à un mécanisme particulier, conserve, lorsqu'il est enlevé, la forme de la poitrine, et l'on peut ainsi obtenir sur le papier un tracé exact de cette forme. On mesure la poitrine pendant l'inspiration et pendant l'expiration. Plusieurs tracés de la courbe générale de la poitrine peuvent être faits ainsi, à différentes époques, en prenant pour points de repère fixes celui qui cor-

(1) *Recherches cliniques sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration dans la pleurésie* (*Recueil des travaux de la Société médicale d'observation*, 1857-1858, t. I).

respond à l'épine vertébrale et la ligne représentant le diamètre antéro-postérieur moyen. Ces tracés seront relevés tous les jours si la marche de la maladie est lente. Il faut chercher l'ampliation : 1° dans l'écartement de la courbe thoracique suivant certains diamètres; 2° l'augmentation de longueur du périmètre général de la poitrine.

Les seuls diamètres importants à connaître sont au nombre de trois. Tous les trois, à la hauteur de l'articulation sterno-xiphoïdienne, partent de l'épine dorsale pour se porter en avant, l'un à la partie moyenne, les deux autres vers la région sous-mammaire de chaque côté. Le seul allongement de ces diamètres, sans augmentation du périmètre thoracique, indique l'ampliation de la poitrine qui, d'ovale, tend à devenir circulaire. Ces déformations, d'après M. Woillez, sont constantes dans la pleurésie et constituent le meilleur signe pour suivre la marche croissante ou décroissante des épanchements pleurétiques, en établir le pronostic et en instituer le traitement. Ce moyen de mensuration appliqué par M. Woillez à dix-neuf cas, lui a toujours indiqué la marche croissante ou décroissante de la pleurésie.

L'agrandissement de la poitrine dans le sens de l'un des diamètres vertébro-mammaires peut être tellement prononcé, qu'il soit visible à l'aspect du premier tracé obtenu par le cyrtomètre; mais les résultats les plus importants sont ceux que l'on doit attendre de la comparaison des tracés obtenus successivement. Nous donnons ici les conclusions d'un mémoire sur ce sujet, publié par M. Woillez dans le *Recueil des mémoires de la Société médicale d'observation :*

1° La mensuration de la poitrine avec le cyrtomètre est le seul procédé qui fasse constater les différents modes d'*ampliation* ou de *rétrocession* thoraciques non sensibles à la vue, qui se produisent dans le cours des maladies.

2° L'ampliation se fait par l'expansion des parois de la poitrine, ordinairement des deux côtés; tantôt d'arrière en avant, avec ou sans augmentation d'étendue du contour circulaire du thorax; tantôt dans une direction transversale ou diagonale, et alors toujours avec augmentation d'étendue du périmètre.

La rétrocession se fait par le retrait des parois thoraciques, à la suite de l'ampliation.

3° Dans la pleurésie, cette ampliation répond aux progrès croissants, et cette rétrocession aux progrès décroissants de l'épanchement.

4° Ces signes permettent de suivre la marche de la pleurésie, même en l'absence de tout autre signe de percussion ou d'auscultation; car avec l'emploi du cyrtomètre il n'y a pas d'épanchement à marche latente.

5° L'ampliation thoracique se prolongeant ou se montrant de nouveau au delà des limites de l'ampliation du début, après quinze jours environ dans les pleurésies simples, et vingt-cinq à trente jours dans les pleurésies compliquées, doit faire porter un pronostic fâcheux, et faire craindre un accroissement excessif de l'épanchement.

6° La rétrocession de la poitrine, au contraire, est un signe pronostique favorable; il a surtout une grande valeur, lorsqu'il annonce la résorption du liquide, alors que les autres signes sont stationnaires.

7° La thoracocentèse est opportune lorsque l'on constate l'ampliation insolite qui fait porter un pronostic défavorable, l'épanchement étant alors rebelle aux moyens médicaux, et tendant manifestement à devenir excessif.

8° Dans les cas d'épanchement abondant et en apparence stationnaire, a rétrocession thoracique qui survient empêche de pratiquer inutilement ou trop tôt la thoracocentèse, en révélant la résorption cachée du liquide.

9° La mensuration par le cyrtomètre empêche aussi de ponctionner la poitrine trop tard, lorsque, après la résorption du liquide, des fausses membranes épaisses peuvent faire croire à un épanchement pleurétique abondant.

Le cyrtomètre annonce alors, au lieu de l'ampliation thoracique qui réclame la thoracocentèse, une rétrocession générale ou un rétrécissement non visible du côté affecté. ]

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pleurésie et de la pneumonie chroniques.*

| PLEURÉSIE CHRONIQUE. | PNEUMONIE CHRONIQUE. |
|---|---|
| Respiration et souffle bronchique *limités souvent à un petit espace vers la colonne vertébrale.* | Souffle tubaire *dans une étendue considérable*, ou râle muqueux. |
| Ailleurs, respiration faible, *éloignée de l'oreille ou nulle.* | Respiration bronchique *voisine de l'oreille.* |
| *Égophonie* souvent bornée aux environs de l'angle inférieur de l'omoplate. | *Bronchophonie* étendue aux points qu'occupe la matité. |
| *Dilatation* de la poitrine. | Poitrine *non dilatée.* |

2° *Signes distinctifs de la pleurésie chronique et de la phthisie pulmonaire.*

| PLEURÉSIE CHRONIQUE. | PHTHISIE PULMONAIRE. |
|---|---|
| Siége *à la base* de la poitrine. | Siége *au sommet* du poumon. |
| Signes à l'*auscultation, ut suprà.* | Dans ce point, *respiration sèche, rude, râle sous-crépitant*, muqueux, caverneux, bronchophonie, pectoriloquie, etc. |
| *Dilatation* de la poitrine. | Poitrine *non dilatee*, ou même *rétrécie.* |

3° *Signes distinctifs de la pleurésie chronique et de la splénisation du poumon.*

| PLEURÉSIE CHRONIQUE. | SPLÉNISATION DU POUMON. |
|---|---|
| Survient ordinairement *dans des cas de tubercules.* | Survient dans le cours d'une maladie *aiguë*, ou est causée par *une pneumonie particulière.* |
| Expectoration *nulle ou simplement muqueuse.* | Dans ce dernier cas, quelquefois *crachats de la pneumonie.* |
| Égophonie et respiration bronchique *aux environs de la colonne vertébrale.* | Pas d'égophonie ni de respiration bronchique *auprès de la colonne vertébrale.* |
| *Dilatation* de la poitrine. | *Point de dilatation.* |

4° *Signes distinctifs de la saillie produite par le liquide pleural, et d'un abcès des parois du thorax.*

*A.* Avant l'ouverture de l'abcès,

| SAILLIE PRODUITE PAR LE LIQUIDE PLEURAL. | ABCÈS DES PAROIS THORACIQUES. |
|---|---|
| *Signe d'epanchement* thoracique par la percussion et l'auscultation. | *Aucun signe d'épanchement* par la percussion et l'auscultation. |

| | |
|---|---|
| En comprimant la tumeur, *on la fait disparaître en très grande partie.* | Tumeur *irréductible.* |
| Commémoratifs : *Symptômes d'une pleurésie.* | Commémoratifs : Point de *symptômes antécédents de pleurésie.* |

*B.* Après l'ouverture de l'abcès.

| SAILLIE PRODUITE PAR LE LIQUIDE PLEURAL. | ABCÈS DES PAROIS THORACIQUES. |
|---|---|
| Écoulement d'un liquide abondant et *hors de toute proportion* avec le volume de la tumeur. | Abondance du liquide *en rapport* avec le volume de la tumeur. |
| Un stylet introduit directement pénètre *à une grande profondeur.* | Le stylet introduit directement *rencontre bientôt la paroi postérieure de l'abcès.* |

*Pronostic.* — D'après ce que nous avons dit plus haut relativement à la terminaison de la maladie, le pronostic de la pleurésie chronique simple est grave. Il l'est beaucoup plus dans les cas de complication. Lorsque la fièvre fait de grands progrès, que les forces sont entièrement abattues, que l'appétit se perd complétement, en un mot lorsqu'on observe tous les symptômes de la fièvre hectique, on doit prévoir une mort prochaine.

### § VII. — Traitement.

On a généralement mis en usage, dans le traitement de la pleurésie chronique, des moyens peu différents de ceux qui ont été dirigés contre la pleurésie aiguë; c'est pourquoi nous ne reviendrons point en détail sur cette médication, à laquelle nous renvoyons le lecteur, nous contentant d'indiquer les moyens plus particulièrement employés dans la pleurésie chronique, et n'insistant que sur l'opération de l'empyème, qui nous offre des considérations très importantes.

On n'a ordinairement recours aux *émissions sanguines* que dans les cas où il y a un retour plus ou moins marqué vers l'état aigu. Les *diurétiques* sont employés de la même manière que dans la pleurésie aiguë, mais avec plus d'énergie et de persistance. Dans la plupart des cas, on ne saurait avoir recours aux *purgatifs*, car s'il y a complication de tubercules, on court risque de produire une diarrhée qu'on ne peut plus arrêter ensuite. Les *préparations mercurielles*, et surtout le *calomel*, sont aussi mises en usage, mais elles peuvent avoir le même inconvénient. Les *exutoires* et les *révulsifs en général* sont appliqués plus souvent et plus longtemps que dans la pleurésie aiguë. Quelques médecins ont recours aux *cautères*, aux *moxas*, aux *sétons;* d'autres emploient simplement le *vésicatoire*, ou encore des *frictions avec la pommade stibiée* et l'*huile de croton tiglium;* enfin les *opiacés* sont administrés pour calmer la toux et la douleur qui survient quelquefois.

Nous le répétons, ces divers moyens n'ont aucune action particulière, et il est très difficile, dans les observations, d'apprécier leur degré d'efficacité. Nous n'y insisterons pas davantage.

*Opération de l'empyème et thoracocentèse.* — Longtemps cette opération a été pratiquée sans qu'on ait élevé aucun doute sur son efficacité ; mais, dans ces derniers temps, les médecins, observant plus attentivement les faits, et frappés des nombreux insuccès dont ils étaient témoins, ont fortement attaqué l'utilité de la

paracentèse thoracique. Il importe donc de discuter rapidement la valeur de cette opération.

Déjà Hippocrate avait indiqué un grand nombre de cas dans lesquels l'opération de l'empyème devait être pratiquée (1). Ses préceptes furent suivis jusqu'à ces dernières années; mais M. Faure ayant adressé à l'Académie de médecine six observations d'empyème, il s'établit une discussion à ce sujet, et la grande majorité des membres qui y prirent part s'éleva contre l'opération (2). Les choses en étaient là lorsque M. le professeur Sédillot (3), réunissant des observations dont trente-sept sont relatives à la pleurésie et au pneumothorax non traumatique, chercha à démontrer, comme l'avait déjà fait M. Trousseau, que les craintes inspirées par cette opération étaient exagérées; que si elle a souvent échoué, c'est qu'elle a été souvent mal faite; en un mot, qu'elle a rendu de grands services, et que, pratiquée convenablement, elle pourra en rendre de bien plus grands encore. Nous allons examiner cette question sous ses différents points de vue.

Il importe d'abord de bien savoir quels sont les cas où l'on a pratiqué l'opération de l'empyème. En lisant les observations, on voit qu'assez souvent elle l'a été dans les cas de pleurésie aiguë, à l'époque où les symptômes fébriles étant tombés, on a cru que la maladie avait passé à l'état chronique. Quelquefois même on y a eu recours dans la période d'acuité, et M. Sédillot en cite des exemples (4). Doit-on imiter une semblable conduite? Tous les médecins répondent aujourd hui par la négative, et voici comment s'exprime à ce sujet M. Sédillot : « Nous savons qu'un médecin (M. Gendrin) a essayé il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu, sur la foi d'un confrère anglais, d'appliquer l'opération de l'empyème aux épanchements pleurétiques aigus; mais la mort constante de ses malades le fit bientôt renoncer à cette funeste méthode. Cependant, dans le cas où l'épanchement serait assez considérable pour amener la suffocation et compromettre la vie mécaniquement et à lui seul, nous croyons que l'évacuation du liquide donnerait au moins le temps d'appliquer le traitement convenable à la pleurésie, et retarderait une terminaison funeste et dans le moment certaine. » Outre qu'il faut reconnaître, avec M. Sédillot, que des cas de ce genre sont excessivement rares, il s'élève ici une difficulté que nous retrouverons plus loin : c'est celle de l'appréciation exacte de l'imminence du danger. On conçoit, en effet, que les menaces de suffocation peuvent paraître d'une importance bien variable aux divers observateurs, et que par conséquent ce signe ne servirait à établir aucune règle positive. C'est donc le médecin seul qui serait juge de l'opportunité de l'opération. Ajoutons seulement que dans les cas malheureux cités par M. Gendrin, la poitrine avait été ouverte largement, ce qui a nécessairement augmenté le danger, puisque, dans les cas cités par M. le professeur Trousseau, l'opération n'a été suivie d'aucun accident.

*Les signes d'acuité ayant disparu, dans quels cas et quand convient-il de pratiquer l'opération?* C'est ici que ce qui a été dit plus haut de l'état de santé des malades est du plus grand intérêt. Nous avons vu, en effet, que la pleurésie simple *qui survient dans le cours d'une bonne santé*, tend naturellement à la guérison. Si

(1) Hippocrate, *Œuvres*, trad. par Littré. Paris, 1851, t. VII : *Des maladies*, liv. III.
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1836, t. I, p. 62 et suiv.
(3) *De l'opération de l'empyème*, thèse de concours. Paris, 1841, in-8.
(4) Voy. obs. 32.

si du même coup la plèvre n'était pas divisée, on la percerait, et le liquide s'écoulerait aussitôt.

*Divers moyens propres à favoriser le succès de l'opération.* — Les divers procédés que nous venons de faire connaître ont été modifiés de bien des manières par les auteurs, afin de prévenir des accidents dont le plus redoutable a toujours paru l'introduction de l'air.

*Ponction pratiquée une seule fois avec réunion immédiate de la plaie.* — Ce procédé, employé par Duverney et par M. Faure, est un de ceux qui ont le moins réussi, parce que, le liquide se reformant promptement, des accidents nouveaux ne tardaient pas à se produire. Cependant, avec les modifications qu'il a apportées au procédé opératoire, M. le professeur Trousseau (1) a pu les pratiquer avec succès.

D'autres, parmi lesquels il faut citer Boyer, Delpech, Dupuytren, ont mis en usage la *ponction répétée* à des intervalles plus ou moins éloignés; mais on a élevé de nombreuses objections contre cette manière d'agir, et la plus forte de toutes est sans contredit celle qui a été présentée par M. Sédillot, d'après les faits qu'il a rassemblés. Il a remarqué, en effet, que les accidents ne cessaient qu'au moment où les plaies, faites à la poitrine, restaient fistuleuses, malgré l'emploi des moyens propres à en déterminer la cicatrisation.

L'*incision avec introduction d'un corps* étranger dans la plaie est, d'après l'auteur que nous venons de citer, le procédé le plus simple et celui qui compte le plus grand nombre de cas de guérisons : c'est donc celui qu'il convient d'employer, à moins que de nouvelles observations ne viennent modifier ces résultats.

L'*extraction du liquide* a fortement préoccupé les auteurs : les uns veulent qu'on l'évacue tout d'un coup; les autres qu'on lui donne issue successivement; les autres enfin qu'on entretienne un écoulement continuel. La difficulté qu'éprouve le poumon à reprendre la place qu'il occupait primitivement, et la nécessité par conséquent d'une sécrétion très abondante pour remplir le vide, sont des inconvénients qui doivent empêcher de vider d'un seul coup la poitrine (2). Il faut en faire écouler le liquide *par portions*, afin de donner le temps aux côtes de se resserrer et au poumon de se dilater; ou bien entretenir un écoulement continuel à l'aide d'une canule. C'est pour pouvoir maintenir une canule à demeure que M. Reybard (de Lyon) a imaginé de faire une ouverture dans la côte elle-même.

L'accident qui est à craindre par l'emploi de ce dernier procédé est, comme chacun sait, l'*entrée de l'air* dans la cavité pleurale. Pour y obvier, on a employé diverses canules; celle de Reybard est la plus simple de toutes, et c'est elle que nous allons décrire ici.

### CANULE DE M. REYBARD.

C'est une simple canule à l'extrémité libre de laquelle on attache un petit sac de baudruche, ouvert du côté opposé. On mouille la baudruche de manière à en faire

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1846, t. XI, p. 846.

(2) Il résulte néanmoins des faits rapportés par M. Trousseau, que cette difficulté n'est généralement pas aussi grande qu'on l'avait pensé, car il a vu ordinairement, dans des cas où la maladie durait depuis un certain temps, le bruit respiratoire se produire dans presque toute l'étendue de la poitrine, immédiatement après la sortie du liquide qu'il évacue d'un seul coup.

2° *Lieu d'élection.* — Le lieu d'élection a été diversement déterminé par les auteurs. Hippocrate voulait que l'opération fût faite au niveau de la troisième côte, en comptant de bas en haut : ce que ses successeurs ont modifié en ouvrant la poitrine entre les troisième et quatrième fausses côtes à gauche, et la quatrième et la cinquième à droite ; c'est ainsi que l'opération a été pratiquée jusqu'à la fin du dernier siècle. Charles et Benjamin Bell choisissaient l'intervalle des sixième et septième côtes, en les comptant de haut en bas ; enfin M. Sédillot, se fondant sur l'importance d'ouvrir le thorax à sa partie la plus déclive, conseille, à moins de circonstances particulières, de porter l'incision entre les troisième et quatrième fausses côtes à droite, et un espace intercostal plus bas à gauche. La percussion et l'auscultation auront de l'influence dans le choix du lieu, surtout dans les cas particuliers.

Maintenant *quels sont les procédés opératoires qu'il convient de mettre en usage?* Ils sont au nombre de quatre : l'incision, la cautérisation, la ponction des parois intercostales, la perforation d'une côte. Nous les exposerons successivement :

*Incision.* — Préparez quelques morceaux de linge fin, taillés carrément, une tente, de la charpie disposée en plumasseaux et en gâteaux, des compresses, un bandage de corps.

Le malade étant assis sur son séant, le corps légèrement incliné du côté opposé à l'épanchement, faites, avec un bistouri droit et bien effilé, une incision longue de 5 à 8 centimètres, et parallèle à l'espace intercostal choisi. Après les téguments, incisez le tissu cellulaire, les aponévroses d'enveloppe, les fibres musculaires sous-jacentes, et découvrez les muscles intercostaux. Assurez-vous alors de la position des côtes ; placez l'indicateur gauche sur la supérieure, dont, par ce moyen, vous écarterez le bistouri, pour ne pas blesser l'artère intercostale. Après avoir divisé les muscles intercostaux et reconnu la fluctuation, saisissez le bistouri entre le pouce et l'indicateur, à peu de distance de la pointe, et divisez avec précaution la plèvre ; aussitôt le liquide commence à s'écouler.

Quelquefois des pseudo-membranes plus ou moins épaisses viennent se présenter. Le plus prudent alors est ou de prolonger l'incision ou d'opérer ailleurs ; car il serait dangereux de décoller les fausses membranes. Après l'opération, le pansement est tantôt simple, tantôt compliqué de l'emploi de quelque instrument ou de l'introduction de bandelettes dans la plaie, à la manière d'Hippocrate.

*Cautérisation.* — La cautérisation, soit par le fer rouge, comme le faisaient les anciens, soit par un caustique, est généralement abandonnée ; cependant, dans les cas où il y a à l'extérieur une tumeur fluctuante, l'ouverture de l'abcès à l'*aide de la potasse caustique* peut être mise en usage, surtout si le sujet redoute l'emploi de l'instrument tranchant.

*Ponction.* — Faite avec une lancette par Purman et par M. Cruveilhier, avec un bistouri par M. Velpeau, elle est ordinairement pratiquée à l'aide d'un trocart dont la canule a une forme variable ; il est inutile de décrire ce procédé opératoire, semblable à la paracentèse abdominale.

*Térébration d'une côte.* — Enfin, pour pouvoir maintenir plus solidement une canule, M. Reybard (de Lyon) a récemment préconisé un procédé déjà indiqué par Hippocrate : c'est celui qui consiste à découvrir la partie moyenne d'une côte, et au moyen d'un foret, de faire une ouverture qui traverse toute l'épaisseur de l'os ;

plongé dans la poitrine, comme dans l'opération ordinaire de l'empyème. Il de retirer la tige perforante, on ferme le robinet, puis on adapte la petite au la canule, et l'on ouvre le robinet. Le liquide coule d'abord par un jet contin presque uniforme; puis le jet s'interrompt de temps en temps pour couler seu pendant l'expiration. La quantité de liquide à retirer est déterminée par la di sion du thorax, le déplacement des organes, la durée de la maladie, la liberté ou moins grande des poumons, et, enfin, le résultat que l'on cherche à obt Lorsque l'on cherche la guérison radicale, et qu'il s'agit d'un épancheme formation récente, le professeur Schuh laisse sortir autant liquide que la n le comporte, et jusqu'à ce que le malade éprouve une sensation de pressio agréable à la poitrine. Il accorde également une grande valeur aux résultats percussion : ainsi lorsqu'on obtient un son clair dans les points où il existait ravant de la matité, c'est un signe que le poumon a commencé à se laisser dist par l'air, et qu'il ne faut pas pousser plus loin l'évacuation du liquide. Si, au traire, l'épanchement est ancien, si le liquide est trouble et fétide, s'il co des gaz, si le poumon du côté opposé n'est pas sain, M. Schuh conseille d'e peu de liquide à la fois. Pendant les accès de toux qui surviennent durant ration, il convient ou d'extraire la canule, ou de cesser l'extraction du liquid d'éviter que l'air ne pénètre sur les côtés de la canule. La canule doit être avec le robinet fermé ; la petite ouverture est lavée avec soin, et couverte i diatement d'un petit carré de diachylon.

Le traitement adopté après l'opération est très simple : le malade doit gar repos le plus absolu, le silence le plus complet, la diète la plus rigoureuse pe plusieurs jours. Il faut savoir que, même dans les cas où l'on obtient une gu radicale, on voit, dans les premiers jours qui suivent l'opération, l'épanch augmenter, puis reprendre une marche rétrograde. L'augmentation rapi l'épanchement annonce une terminaison fatale; les ponctions successives son ment suivies de succès dans ce cas. Si l'épanchement est purulent, auquel n'eût pas dû pratiquer la ponction, la conduite à tenir est différente : l'ouv extérieure doit être laissée libre, afin de pouvoir pratiquer dans la poitrine des tions émollientes et détersives.

### PROCÉDÉ DE M. TROUSSEAU (1).

« Les instruments nécessaires, dit M. Trousseau, sont une lancette et un cart, celui-ci préparé de la façon suivante : on fixe à la base du pavillon de la une feuille de baudruche enroulée une ou deux fois sur elle-même; on obtient un tube membraneux s'étendant plus loin que le manche de l'instrument; on avant l'opération, la ramollir en la faisant tremper dans l'eau et s'assurer du j la soupape qu'elle forme.

» On fait ensuite avec la lancette, dans le huitième espace intercostal, para ment à la côte, à 2 ou 3 centimètres en dehors du bord externe du grand pec une incision assez large pour laisser passer librement le trocart. Un aide alors la peau de la poitrine, de façon à faire abandonner à la plaie le huitième intercostal et à la faire correspondre au septième.

(1) *Union médicale*, 23 mars 1850.

...pérateur place l'index de la main gauche sur la lèvre inférieure de la plaie, ...appuyant en même temps sur la côte inférieure, fait glisser le trocart sur le ...doigt ainsi posé, et, rasant exactement le bord supérieur de la côte, il ...dans la poitrine.

...que le dard du trocart est retiré, le liquide s'écoule et la soupape com... fonctionner.

...doit engager le malade à faire des efforts, à tousser, et si cette toux prend ...ctère convulsif, le pronostic devient favorable; car cette toux convulsive ...un déplissement du tissu pulmonaire. Quand l'écoulement du liquide est ...on retire immédiatement la canule, on abandonne la peau à elle-même, ...d'affronter les lèvres de la plaie avec du taffetas d'Angleterre. »

...ciborski (1) a employé un procédé remarquable par sa simplicité, et qui, ...selon toutes les apparences, pas moins efficace que les autres, me paraît ...les remplacer tous. Voici comment il est décrit dans la *Gazette des* ...:

...*dé de M. Raciborski.* — « Il se sert, pour cela, d'une vessie de porc dont la ...est proportionnelle à la quantité du liquide que l'on doit évacuer; il la ...dans l'eau pour la ramollir et il la tord ensuite pour en chasser l'air; il fixe ...fice de la vessie autour de la canule du trocart armé, dont la poignée se ...tièrement coiffée par le fond de cette vessie. La ponction est faite comme ...re, si ce n'est que la main presse sur cette enveloppe extérieure, en ...ps que sur le manche de l'instrument pour en retirer ensuite la lame, ...donnant dans la cavité close que présente la vessie. Celle-ci se déplisse et ...à mesure que le liquide s'écoule dans son intérieur par la canule, et le ...bide se trouve ainsi à l'abri de la pénétration de l'air. »

...opposer à la pénétration de l'air quand on retirera la canule, on doit, à ...de M. Trousseau, avant de faire la ponction, relever la peau de l'espace ...l inférieur à celui où l'on veut la pratiquer jusqu'au niveau de celui-ci, ...e qu'au moment où l'on retire l'instrument, le tégument reprenant sa ...verture qu'on y a faite n'est plus vis-à-vis de l'ouverture du muscle et ...e, mais dans un espace intercostal au-dessous.

...*ons* (2). — Les injections sont employées soit pour favoriser l'écoulement ...de trop épais, soit pour imprimer une modification aux surfaces qui le ...t, soit enfin pour en empêcher la décomposition. Les premières sont ...t *aqueuses;* les secondes sont ordinairement *excitantes* ou *caustiques :* ...*fusions aromatiques*, la *décoction de quinquina* (Willis, Fréteau, etc.), ...*d'argent* (Wells); enfin les troisièmes, composées *d'huile et de vin* ...te) selon la prescription de M. Récamier, ne doivent être employées qu'à ...e assez avancée de la maladie. Les faits nous manquent pour déterminer ...e ces injections; on ne peut donc se livrer qu'à des conjectures. Parmi ...ations citées par M. Sédillot, il en est quelques-unes où des injections ...atiquées et où la guérison a eu lieu; mais cela prouve-t-il qu'il faille ...à l'injection la guérison elle-même? Non, sans doute; car ces faits isolés

...*nces de la Société de chirurgie* (*Gazette des hôpitaux*, 27 novembre 1849).
. Boinet, *Du traitement des épanchements pleurétiques purulents par les injections et les injections iodées en particulier* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1853).

ne sauraient être appréciés convenablement. Cependant il faut ajouter que récemment, M. Boinet (*loc. cit.*) a fourni de nombreuses preuves en faveur de ces injections pratiquées par lui et par MM. Aran, Boudant, Lagouest, Garreau, etc.; il emploie de préférence les *injections iodées*. MM. M'Queen et Boudant ont fait des *injections chlorurées*. Cette médication prend donc chaque jour de l'importance.

Nous n'ajouterons rien relativement à l'introduction de l'air dans la plèvre; tout le monde connaît les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet. Nous nous contenterons de dire que, d'après un bon nombre d'observations, cet accident, qu'il faut toujours, autant que possible, éviter, n'a pas cependant autant de danger que quelques auteurs ont voulu le dire. Ainsi M. Renard (1) rapporte des faits dans lesquels l'air entrait par la canule à chaque pansement, sans qu'il y eût autre chose qu'un peu de fétidité du pus qui n'a point empêché la guérison d'avoir lieu aussi promptement que dans des cas où ce phénomène n'avait pas été observé. Toutefois, d'après les faits rapportés par M. Gendrin, on doit penser qu'il n'en serait pas de même si on laissait l'air entrer librement par une large incision, et cependant, même dans ce cas, il ne faudrait pas avoir des craintes exagérées, car M. Marrotte (2) rapporte un cas observé chez une petite fille de quatre ans, chez laquelle on pratiqua une large ouverture laissant un libre accès à l'air, on faisait des injections d'eau avec du chlorure de soude, et la malade guérit parfaitement.

Il est inutile de donner des ordonnances pour résumer ce traitement, puisque les moyens employés ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui ont été indiqués à l'article *Pleurésie aiguë*, et qu'il est facile de distinguer, suivant les cas, ceux sur lesquels il importe d'insister.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Diurétiques, préparations mercurielles, exutoires, révulsifs, opiacés; opération de l'empyème.

## ARTICLE V.

### HYDROTHORAX.

Ce que nous avons dit plus haut relativement aux divers épanchements dans la plèvre simplifie beaucoup ce qui nous reste à dire du véritable hydrothorax. Nous avons réservé ce nom à l'épanchement de sérosité sans inflammation; mais cette maladie est si rarement idiopathique, qu'il n'en existe pas une seule observation bien authentique. Il s'ensuit que nous n'avons point ici à nous étendre sur cette affection, qui n'a pas d'intérêt réellement pratique, si ce n'est comme complication (3). Nous aurons à y revenir dans la description de plusieurs autres maladies.

Nous nous contenterons de dire que les signes physiques de l'hydrothorax sont ceux de la pleurésie; que néanmoins, vu l'absence de fausses membranes, le chan-

(1) *Annales de la médecine physiologique*, 1825, t. VII, p. 472.
(2) *Séances de la Soc. méd. des hôpit.* (*Union méd.*, 10 mars 1852).
(3) Voy. Abeille, *Traité des hydropysies et des kystes*. Paris, 1852, p. 283 et suiv.

gement du niveau de l'épanchement, suivant la position du malade, est plus souvent observé; que les symptômes généraux appartenant en propre à l'hydrothorax sont difficiles à préciser, par les raisons que nous avons exposées plus haut, et que, dans tous les cas, ils n'ont qu'une faible intensité; enfin que le traitement de cette maladie consiste : 1° dans les moyens propres à combattre l'affection primitive; et 2° dans l'emploi des remèdes ordinairement dirigés contre l'hydropisie, tels que les sudorifiques, les diurétiques, etc., remèdes que nous indiquerons en détail quand il sera question de l'*anasarque.*

Nous voulons seulement faire connaître ici un traitement remarquable par l'énormité de la dose employée. C'est celui du docteur de Saussure (1).

M. de Saussure n'a pas craint d'administrer la digitale à la dose de 60 grammes toutes les deux heures en infusion, d'en donner ainsi 360 grammes le premier jour, et de la continuer à la dose de 13 grammes toutes les deux heures, les trois jours suivants. De deux sujets ainsi traités, l'un a guéri, l'autre a été soulagé par la disparition de l'hydrothorax (il avait une maladie du cœur). Mais ils ont eu des vomissements, de la diarrhée, des urines fréquentes, des vertiges, des hallucinations de la vue; en un mot, les symptômes de l'empoisonnement par la digitale. Ne court-on pas de grands risques en employant de si hautes doses?

Si nous n'insistons pas davantage sur cette affection, c'est pour ne pas embarrasser inutilement la pratique de descriptions et d'indications qui ne trouvent pas une application bien déterminée.

## APPENDICE.

### *Phthisie bronchique.*

Quelques auteurs qui se sont occupés d'une manière spéciale des maladies des enfants ont, dans ces derniers temps, fait des recherches sur la tuberculisation des ganglions bronchiques. Il est très rare que cette lésion existe sans qu'en même temps les poumons offrent des tubercules à un degré avancé. Dans ces cas, la phthisie pulmonaire étant la maladie principale, elle seule mérite l'attention du praticien, et, par conséquent, je n'ai point à m'en occuper ici. Mais quelquefois les tubercules occupent exclusivement les ganglions bronchiques, et l'on a à craindre quelques erreurs de diagnostic qui pourraient influer d'une manière fâcheuse sur le pronostic. Nous nous contenterons d'indiquer sommairement ce que MM. Barthez et Rilliet (2), dont les recherches sont les plus exactes, nous ont récemment appris sur ce point.

Les *symptômes* des tubercules des ganglions bronchiques sont des signes de congestion, d'œdème de la face, résultant de la compression exercée sur la veine cave supérieure; l'*hémoptysie* et l'*œdème du poumon*, occasionnés par la compression des vaisseaux pulmonaires; l'*altération de la voix*, et des *accès de dyspnée* lorsque le nerf pneumogastrique est comprimé; des *râles sonores* dans la poitrine, ou un *affaiblissement du bruit respiratoire;* dû à la compression des tubes bronchi-

(1) *The southern Journal, of medecine and pharmacy*, mars 1847 (*Traitement de l'hydrothorax. par la digitale à haute dose*).
(2) *Archives gén. de méd.*, 3° série, 1842, t. XV, p. 448.

*Début.* — Ces accès se déclarent quelquefois tout à coup ; d'autres fois ils sont annoncés par des pandiculations, des éructations, une pesanteur à l'épigastre, en un mot par des symptômes nerveux assez semblables à ceux qu'on observe au début des attaques d'hystérie. Quelquefois même on a observé des mouvements convulsifs et un dégagement extraordinaire de gaz dans l'intestin (Laennec).

*Symptômes.* — L'accès une fois déclaré, la dyspnée devient très grande ; il se produit à chaque inspiration un *sifflement* qui s'entend à une assez grande distance, tandis que l'expiration est ordinairement silencieuse ou très peu bruyante. Les malades sont obligés de se cramponner à un corps solide pour respirer ; il y a congestion de la face, expression d'effroi, et tous les signes de suffocation que nous avons déjà eu l'occasion de décrire plusieurs fois. L'accès se termine par certains phénomènes particuliers, dont les plus fréquents sont une expectoration d'une matière plus ou moins épaisse, et quelquefois filante comme dans la coqueluche, ou bien des urines abondantes et limpides, comme à la fin d'une attaque d'hystérie. Nous ne décrirons pas les diverses sensations qu'éprouvent les sujets, dans le cou, au niveau du larynx et dans la poitrine. Elles sont très variées, mais en général elles se rapprochent d'un *sentiment de strangulation* et de *resserrement* incommode.

*Marche, durée, terminaison.* — L'asthme essentiel est remarquable par sa marche, qui forme un de ses principaux caractères ; ce sont des accès bien tranchés et séparés par des intervalles dans lesquels la santé et la liberté de la respiration se rétablissent beaucoup plus complétement que dans toute autre espèce de dyspnée. La *durée* de la maladie est indéfinie. Généralement l'asthme se prolonge jusqu'à la fin de l'existence. Quant au *retour des accès*, il varie beaucoup, non-seulement chez les divers sujets, mais encore chez le même individu. Quelquefois les intervalles sont de plusieurs mois, d'autres fois ils sont rapprochés. M. le docteur Maxime Simon (1) rapporte plusieurs exemples d'asthmes revenant tous les jours, et dont les accès furent coupés par le sulfate de quinine.

Déjà Galeazzi et Boullon, cités par Alibert dans son *Traité des fièvres intermittentes pernicieuses*, avaient rapporté des cas semblables. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans ces cas, c'est qu'ils revenaient principalement la nuit.

Il n'existe point de *lésions anatomiques* propres à l'asthme qui vient d'être décrit ; celles qu'on lui avait attribuées jusqu'à présent appartiennent à d'autres maladies.

Pour établir le *diagnostic* de cette affection, il faut constater d'une manière bien positive l'absence de toutes les lésions organiques qui pourraient donner lieu à la dyspnée, ce qui malheureusement n'a pas souvent été fait. Dans un cas où l'on voyait survenir tout à coup pendant la nuit un accès qui durait environ une heure, et qui ne se reproduisait qu'à de très longs intervalles (six mois, un an et plus), nous avons pu contater l'intégrité parfaite de tous les organes, et de plus, des symptômes nerveux qui avaient lieu dans les intervalles m'ont porté à regarder cette affection comme étant de nature hystérique.

Le *traitement* de l'asthme a beaucoup varié, suivant que les auteurs ont envisagé la maladie comme le résultat d'une lésion organique ou simplement comme une affection nerveuse. La plupart ont indiqué des moyens très nombreux, mais

(1) *Journal des connaissances méd.-chir.*, juin 1842.

dont il est très difficile d'apprécier la valeur. Fr. Hoffmann (1) recommande les *purgatifs légers;* mais il proscrit avec énergie les purgatifs drastiques, tels que la gomme-gutte, la coloquinte, le jalap. Il regarde comme un moyen très efficace l'*émétique* à doses réfractées.

Un grand nombre d'auteurs ont préconisé l'emploi des *dérivatifs*, tels que les *sinapismes* aux extrémités, les *manuluves* et les *pédiluves sinapisés ;* mais il n'y a rien dans l'emploi de ces moyens qui soit particulier à l'affection qui nous occupe. On dit dans Sprengel (2) qu'Hérodote conseillait les *brins de sable chaud ;* c'est dans le même but qu'on pratique les *frictions sèches*. M. Lefèvre a remarqué que le soin de faire bassiner son lit, où l'action d'un feu ardent avant de se coucher, l'ont souvent préservé d'un accès dont il ressentait déjà les avant-coureurs.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit des *narcotiques* à l'article *Emphysème ;* nous nous bornerons à remarquer que M. Lefèvre, ayant *fumé le datura stramonium*, en a éprouvé les heureux effets indiqués par les médecins anglais. Le docteur Luigi Colledani (3) conseille la *salsepareille fumée* dans de longues pipes à tête large et un peu recouverte. M. Michéa a cité des cas d'asthme soulagé par la *phellandrie* (4) sous forme de sirop, à la dose de 2 à 4 cuillerées par jour. Il lui préfère cependant la *lobelia inflata*, qu'il donne en teinture à la dose de 20 ou 30 gouttes dans 5 grammes d'eau distillée deux ou trois fois par jour (5).

Nous nous contenterons de mentionner, parmi les moyens conseillés, le *copahu* et la *menthastre* (*mentha rotundifolia*). Ce dernier médicament est donné en infusion (feuilles et fleurs) plusieurs fois par jour (6).

Nous ne nous étendrons pas davantage sur le traitement par la *lobelia inflata*, vantée par le docteur Tott (7), parce qu'il faudrait, pour le juger, des faits plus nombreux et plus concluants.

M. Debreyne (8) a vanté l'infusion de *camphrée de Montpellier ;* mais en lisant le fait qu'il cite, on voit bientôt qu'il s'agit seulement d'un *emphysème pulmonaire*, accompagné d'une bronchite avec expectoration pituiteuse. (Voy. art. EMPHYSÈME.)

Quelques auteurs conseillent la *saignée ;* d'autres, au contraire, la regardent comme toujours nuisible. Ce qu'il y a de certain, c'est que la saignée n'est utile que dans les cas compliqués, et que par conséquent ce n'est pas ici le lieu de l'appliquer.

Floyer (9) nous apprend qu'il se sentait très soulagé après avoir bu abondamment, le soir, de l'eau panée à laquelle il ajoutait un peu de *nitrate de potasse* et *l'hydrochlorate d'ammoniaque*. Un autre asthmatique se trouvait très bien de prendre en très grande quantité des boissons chaudes, tandis que chez d'autres ces moyens n'avaient pas le même résultat.

(1) *Opera omnia* (Genevæ, 1798) : *De asthm. conv.*, sect. 2, cap. II.
(2) *Hist. de la méd.*, trad. par A.-J.-L. Jourdan. Paris, 1815, t. II, p. 90.
(3) *De la fumée de salsepareille dans l'asthme spasmodique* (*Giornale per servire ai progr. della patologica*, 1848).
(4) *Bulletin de thérap.*, décembre 1847.
(5) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 juillet 1850.
(6) *Bulletin méd. du Midi*, et *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1849.
(7) *Neue medic. chir. Zeitung*.
(8) Voy. *Bulletin gén. de thérap.*, 30 mars 1851.
(9) *Traité de l'asthme*. Paris, 1761.

Dans un cas cité par le docteur Nicolo Frisi (1), les accès furent constamment arrêtés par des fumigations faites avec un papier épais et poreux plongé à deux reprises dans une forte solution de *nitrate de potasse*, puis séché. Il faut faire brûler ce papier dans la chambre du malade, ou le lui faire fumer dans une pipe.

M. le docteur Favrot (2) a mis en usage le même moyen ; seulement il se sert d'*amadou* imbibé d'une solution saturée de nitrate de potasse, au lieu de papier. Les rédacteurs du *Bulletin de thérapeutique* ont employé deux fois ce moyen sans succès.

M. le docteur Huss (3) a communiqué à la Société des médecins suédois deux cas d'asthme nerveux, dont les accès ont disparu après l'administration du *chlorure de platine* à la dose de 25 milligrammes d'abord, quatre fois par jour, puis à des doses plus élevées jusqu'à *un décigramme* quatre fois par jour. Dans le premier cas, le médicament causa d'abord un spasme de la poitrine qui se renouvela toutes les fois qu'on augmenta les doses; dans le second, il produisit d'abord des nausées. Ces accidents n'eurent pas de suite.

Nous n'insisterons pas davantage sur les divers moyens mis en usage contre l'asthme. Il est évident que, pour en parler avec connaissance de cause, il faut attendre que des recherches bien faites viennent dissiper les ténèbres qui environnent cette maladie. Passons donc immédiatement aux moyens hygiéniques, qui sont les seuls dans lesquels M. Lefèvre ait une véritable confiance.

*Moyens hygiéniques.* — Suivant Baglivi, les asthmatiques doivent respirer l'air de la campagne ; mais cette recommandation est trop générale, puisque nous avons vu des malades éprouver des accès par la seule impression d'un air trop vif. Pour rendre les malades moins sensibles au froid, le docteur de Crozant (4) conseille les bains d'eau froide. Autant que possible, les sujets doivent habiter un pays où il n'existe pas de grandes variations de température, et où surtout le froid ne devient pas très violent. Il faut qu'ils évitent de marcher contre le vent et de s'exposer à des courants d'air; ils doivent éviter également les *grands efforts de la voix*, l'*inspiration de poussières irritantes*, etc. Quant au *régime*, il doit être, en général, doux et léger; les boissons alcooliques seront surtout proscrites. M. Amédée Lefèvre cite Medicus et le docteur Mongellaz, pour prouver que dans certains cas où l'intermittence paraissait avoir un caractère de périodicité, le *quinquina* a réussi; mais il faudrait pouvoir apprécier convenablement les observations. Celles de M. Max Simon, que nous avons citées plus haut, sont beaucoup plus concluantes.

Telle est l'histoire de l'asthme essentiel. Si nous l'avons présentée d'une manière aussi succincte, ce n'est pas qu'il ne nous eût été facile d'entrer dans de nombreux détails; mais nous ne croyons pas qu'il soit utile pour la pratique de présenter ainsi des opinions théoriques ou des faits isolés, sans pouvoir en déterminer la valeur.

(1) *Il filiatre Sebezio*, 1843.
(2) *Journal des connaissances méd.-chir.*, 15 mars 1852, et *Gaz. des hôpit.*, novembre 1851.
(3) *Hygiea, journ. de méd. de Bruxelles*, et *Bulletin gen. de thérap.*, 30 septembre 1851.
(4) *De l'asthme*. Paris, 1851.

## ARTICLE II.

### COQUELUCHE.

*La coqueluche* est une des maladies qui doivent avoir été le plus anciennement remarquées; elle présente, en effet, les caractères les plus tranchés et les plus frappants. Cependant, bien qu'on ait cherché dans Hippocrate et dans Avicenne l'indication de cette maladie, on ne peut faire remonter sa première description un peu exacte au delà de la fin du XVI$^{e}$ siècle. Depuis lors on a publié sur elle de nombreux travaux; mais on ne trouve ni dans les traités généraux de médecine, ni dans les recueils particuliers, beaucoup d'observations de cette affection; c'est avec assez de difficulté que nous avons pu en rassembler 16 cas empruntés à différents auteurs. Tout récemment MM. Barthez et Rilliet (1) ont analysé 29 observations dont 17 leur appartiennent, et M. Trousseau (2) a donné le résultat numérique de 26 observations qu'il a recueillies à l'hôpital Necker.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On ne peut définir la coqueluche qu'en exposant ses principaux caractères : elle est caractérisée par une toux convulsive, remarquable par ses quintes, dans lesquelles la respiration est suspendue, et qui se terminent par une longue inspiration sifflante, avec expectoration de mucosités filantes.

Cette maladie a reçu un grand nombre de noms différents; on l'a appelée *toux convulsive*, *quinteuse*, *toux bleue*, *tussis suffocativa*, *ferina*, *convulsiva*. Les Anglais la désignent principalement sous le nom de *hooping-cough*, etc.

C'est une maladie *fréquente;* mais sa fréquence est très variable suivant les époques, c'est-à-dire que dans certains moments elle attaque un grand nombre d'enfants comme s'il y avait une véritable épidémie, que d'autres fois l'existence de l'épidémie ne peut être douteuse, et que dans d'autres temps on ne voit que des cas isolés.

#### § II. — Causes.

##### 1° Causes prédisposantes.

La coqueluche attaque spécialement les enfants, et surtout des sujets de la première enfance. Sur 130 enfants affectés de cette maladie, M. Blache en a compté 106 âgés d'un à sept ans, et 24 seulement de huit à quatorze ans (3). Les adultes peuvent aussi, quoique très rarement, en être atteints. M. Guibert et M. Blache (4) en ont cité plusieurs exemples; il est peu de médecins qui n'en aient observé dans le cours de leur pratique. Suivant M. Blache encore, et d'après les relevés de Constant, cette affection attaquerait un peu plus souvent le *sexe* féminin que le sexe masculin. Sur 16 observations que nous avons rassemblées, il n'y a que 5 sujets du sexe masculin. La *constitution*, suivant un bon nombre d'auteurs, offrirait quelques circonstances qui feraient croire à une prédisposition à contracter la

(1) *Maladies des enfants.* Paris, 1843.
(2) *Journal de médecine*, janvier 1843.
(3) *Dictionnaire de médecine*, t. IX, art. COQUELUCHE.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1$^{re}$ série, t. XVI, et 2$^{e}$ série, t. III.

coqueluche ; mais MM. Barthez et Rilliet ont vu cette maladie attaquer indifféremment toutes les constitutions. Nous ne savons rien de positif sur le *tempérament*, pas plus que sur l'*hérédité*.

Quant aux *conditions hygiéniques*, la plupart des auteurs regardent comme causes prédisposantes de la coqueluche l'habitation dans un lieu humide, sombre, mal aéré ; une mauvaise nourriture, des vêtements insuffisants, en un mot, presque toutes les conditions hygiéniques que l'on peut appeler mauvaises. L'existence de ces causes est très admissible, mais leur degré d'influence n'est point rigoureusement constaté. Suivant MM. Barthez et Rilliet, la coqueluche survient indifféremment dans toutes les *saisons*, et, d'après tous les auteurs, on la voit se montrer également dans tous les *climats*.

Tel est le peu que nous savons sur les causes prédisposantes de la coqueluche.

#### 2° Causes occasionnelles.

Le caractère *contagieux* de cette maladie est démontré par des faits très nombreux et par l'absence de toute récidive; aussi aujourd'hui n'élève-t-on pas de doutes à ce sujet. Quelques auteurs pensent que la contagion ne peut avoir lieu qu'au moment où la maladie a atteint son plus haut degré de développement, et d'autres, au contraire, dans la période du déclin. Il est impossible de se prononcer à cet égard.

La coqueluche peut régner *épidémiquement ;* les nombreuses relations d'épidémies citées par les auteurs de tous les pays en sont une preuve incontestable. On a cité quelques cas où les enfants semblaient avoir contracté, par *imitation*, la toux convulsive de la coqueluche, mais ces observations auraient besoin d'être répétées.

On a vainement cherché dans les variations de la température et dans les diverses circonstances où se trouvent les enfants, la cause de ces cas isolés de coqueluche qu'on voit apparaître de temps en temps.

### § III. — Symptômes.

On a admis dans la coqueluche trois périodes : la première est la période catarrhale, ou *catarrhe précurseur ;* la seconde est la période spasmodique, ou la coqueluche confirmée, et la troisième est caractérisée par un amendement marqué des symptômes.

*Catarrhe précurseur.* — Chez la plupart des sujets, la maladie commence comme un simple catarrhe. Dans 15 cas, M. Trousseau n'a vu manquer ce *catarrhe initial* que deux fois seulement. Sur 16 cas que j'ai rassemblés, 14 seulement font mention de l'état du malade dans les premiers temps, et 14 fois le catarrhe initial a été noté. Ce catarrhe s'annonce par des signes un peu différents de ceux de la bronchite ordinaire. Il y a, de plus que dans cette dernière, de l'*abattement*, de la *tristesse*, de l'*assoupissement*, un certain degré d'*anxiété* et d'*irritation*. Quelques auteurs ont cru trouver dès ce moment dans la toux un caractère spécial; mais ce caractère n'a point été convenablement décrit par eux. Ces signes sont, comme on le voit, peu tranchés, et l'on conçoit qu'à cette époque il soit très diffi-

cile, à moins de circonstances particulières, de soupçonner l'apparition de la coqueluche.

*Début de la toux convulsive.* — Dans le plus grand nombre des cas, cette toux particulière a été, comme nous venons de le voir, précédée des symptômes de la bronchite; mais quelquefois aussi on voit la maladie se déclarer d'emblée et commencer par une quinte ou par quelques phénomènes spasmodiques, sur lesquels M. Trousseau a insisté. En général, les *quintes* sont d'abord faibles, courtes et séparées par d'assez longs intervalles; mais bientôt la maladie acquiert son plus haut degré d'intensité et se présente avec les caractères suivants.

*Coqueluche confirmée.* — Elle est essentiellement intermittente, et consiste, ainsi que je l'ai déjà dit, en quintes de toux extrêmement frappantes, qui se manifestent à de plus ou moins longs intervalles. Ces quintes commencent quelquefois brusquement, et le sujet en est saisi au moment où il semble y penser le moins; d'autres fois, au contraire, elles sont précédées d'un chatouillement dans la gorge et de douleurs vagues dans la poitrine; c'est dans les observations prises chez les adultes qu'on a constaté l'existence de ces signes avant-coureurs de la quinte. MM. Barthez et Rilliet ont vu, au milieu du calme, les enfants devenir tout à coup irritables, s'agiter et se précipiter sur leur crachoir. Cet état, ordinairement très court, mais qui quelquefois dure plusieurs minutes, annonce l'invasion d'une quinte. M. Lombard, cité par ces auteurs, a vu des *nausées* très fatigantes précéder de quelques minutes l'apparition de la toux convulsive.

Bientôt l'enfant se met sur son séant, il cherche à saisir un point d'appui solide, et aussitôt commence une série très rapide de secousses de toux courtes et réitérées, qui n'ont lieu que par des mouvements brusques d'expiration. Pendant ce temps, tout l'air contenu dans la poitrine ayant été chassé, et l'hématose ne pouvant plus avoir lieu, on voit apparaître des symptômes remarquables d'asphyxie : la face est tuméfiée, violacée; les yeux sont saillants et larmoyants; les veines gonflées; les battements des artères annoncent la gêne énorme de la respiration, et par suite de la circulation : c'est alors qu'on a vu se produire, par le nez, la bouche et les oreilles, des *hémorrhagies* sur lesquelles les auteurs des siècles derniers ont longuement insisté, et qui, d'après les recherches récentes, n'ont lieu que dans des cas exceptionnels, ou peut-être dans certaines épidémies ayant une forme particulière. Dans deux cas observés par M. Trousseau, il y a eu des hémorrhagies remarquables : un des deux enfants avait un écoulement de sang par la conjonctive, et l'autre une épistaxis assez abondante pour inspirer des craintes sérieuses.

Tels sont les principaux caractères de la quinte. Il est néanmoins quelques autres phénomènes qui, sans avoir la même importance, méritent d'être mentionnés. On a noté, dans les cas où les quintes étaient très fortes, une sueur froide couvrant tout le corps, et plus particulièrement la tête, le cou et les épaules (Blache), des vomissements de matières alimentaires ou de simples mucosités, et plus rarement des évacuations involontaires, la formation de hernies, en un mot, les accidents qui peuvent résulter de la violente contraction des muscles abdominaux. Dans des cas encore plus rares, on a observé des mouvements convulsifs généraux, et chez un adulte dont M. Blache rapporte l'histoire, il y avait des syncopes fréquentes. Quelques auteurs, et en particulier J. Frank, ont beaucoup insisté sur l'éternument, qui n'est cependant pas un phénomène important de la maladie.

Au bout d'un temps ordinairement assez court, ces signes de suffocation commencent à se dissiper. Quelques petites inspirations saccadées se montrent d'abord; puis une *inspiration longue, sifflante*, pendant laquelle les malades se redressent et dilatent fortement leur poitrine, vient terminer la quinte. Cependant on ne peut point regarder celle-ci comme entièrement finie, si l'on n'observe l'expectoration d'un *liquide incolore filant*, plus ou moins abondant, et accompagné souvent de vomissements de matières alimentaires. On a vu, en effet, et MM. Barthez et Rilliet en ont observé un exemple remarquable, la quinte se diviser, pour ainsi dire, en deux parties, de telle sorte qu'après un instant de calme la toux convulsive reparaissait : c'est ce qu'on appelle la *reprise*.

Lorsque les quintes se produisent à de très courts intervalles pendant un certain nombre de minutes, on dit qu'il y a un *accès*. La quinte elle-même ne dure pas plus d'un quart à trois quarts de minute. Les cas où cette limite est dépassée sont rares. Le nombre des quintes est très variable. MM. Barthez et Rilliet en ont souvent compté une vingtaine dans les vingt-quatre heures, quelquefois beaucoup moins et quelquefois beaucoup plus : ainsi ils en ont noté jusqu'à 48, et, dans un cas exceptionnel, 72. M. Trousseau est arrivé à des résultats à peu près semblables. Les quintes vont généralement en augmentant jusqu'à une époque que MM. Barthez et Rilliet ont vue correspondre ordinairement du vingt-huitième au trente-neuvième jour de la maladie; arrivées à ce maximum, elles restent stationnaires pendant un nombre de jours variable, puis décroissent d'une manière très rapide. Les mêmes auteurs ont remarqué que, pendant la période où les quintes étaient les plus violentes, elles étaient aussi plus fréquentes la nuit; dans le cas contraire, elles étaient plus fréquentes le jour. Quant à la durée totale de la période des quintes, ils l'ont vue varier de quinze à soixante et quinze jours; ordinairement elle a été de trente à quarante jours.

La cause de ces quintes est souvent très difficile à reconnaître. Suivant M. Blache, l'impression du froid, les cris, les pleurs, une course rapide, une contrariété, la distension de l'estomac, suffisent pour les provoquer. Il faut y joindre les odeurs fortes, les émanations pénétrantes et l'aspect d'un autre sujet en proie à une quinte. L'observation a encore beaucoup à faire pour déterminer l'influence de ces causes. Entre les accès et les quintes isolées, la respiration, à moins qu'il n'existe une complication, redevient tout à fait normale, et les malades paraissent n'éprouver aucune altération dans leur santé.

On a, pendant la quinte elle-même, observé quelques phénomènes qui méritent d'être indiqués. A l'aide de l'*auscultation*, on a examiné ce qui se passait dans la poitrine pendant les grands efforts de l'enfant pour y faire pénétrer l'air, et pendant l'inspiration sifflante. Il est inutile de dire qu'au fort de la quinte on n'entend pas de bruit respiratoire, puisqu'alors il n'y a que des mouvements d'expiration; au moment même où se produisent les inspirations saccadées, on n'entend point à la périphérie du poumon le murmure vésiculaire; l'air ne pénètre pas au delà des premières divisions bronchiques. Pendant l'inspiration sifflante qui se passe dans le larynx, l'air n'arrive pas non plus dans les vésicules; mais immédiatement après, on y entend le bruit respiratoire avec tous ses caractères normaux.

Après l'accès, les sujets éprouvent dans la poitrine des *douleurs* plus ou moins vives. Dans des cas où le siége de ces douleurs a été précisé, on les a vues occuper

principalement les attaches du diaphragme. On a noté aussi la pesanteur de la tête, la bouffissure de la face, un état de malaise plus ou moins marqué, l'accélération de la respiration et du pouls, le tremblement convulsif des membres; mais, ainsi que le fait remarquer M. Blache, ces phénomènes ne s'observent que dans les quintes intenses, et ils n'ont qu'une courte durée.

L'*état général* ne présente rien de remarquable, lorsque la maladie est simple et qu'elle n'a pas eu déjà une très longue durée; mais, dans le cas contraire, on observe soit les symptômes de la complication, soit des phénomènes qu'on ne peut rapporter qu'à la coqueluche elle-même. M. Blache a vu, dans des coqueluches de très longue durée, les enfants perdre leurs forces et tomber dans le dépérissement. Il a noté aussi des symptômes nerveux graves, du délire, de la fièvre, une tympanite que l'observation la plus attentive ne pouvait rapporter à aucune complication. Chez un enfant de treize mois, observé dans le service de M. Trousseau (1), il survint des *convulsions* suivies de mort.

Lorsque la maladie tend à la guérison, qu'elle est dans la *période de déclin*, le nombre des quintes diminue sensiblement; en même temps elles deviennent moins longues et moins pénibles, et l'expectoration qui les termine se fait avec plus de facilité; puis la toux devient plus grasse, elle perd en partie ce caractère quinteux qui caractérise la coqueluche, ou bien elle ne le présente que par moments, et enfin elle est remplacée par les symptômes d'un catarrhe ordinaire, qui ne tarde pas à se terminer, dans les cas simples, par le retour à la santé.

Les *complications* sont fréquentes chez les enfants affectés de coqueluche, tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Le catarrhe pulmonaire aigu et la pneumonie sont les complications les plus communes. Viennent ensuite la bronchite, les hémorrhagies, la tuberculisation, certaines hydropisies, la pleurésie, l'entérite, la méningite, etc. MM. Barthez et Rilliet, se fondant sur leur observation, n'ont point admis parmi les complications l'emphysème, que quelques auteurs ont voulu y faire entrer.

Tels sont les symptômes de la coqueluche observés spécialement chez les enfants. Mais nous avons vu plus haut que cette maladie s'observait aussi *chez les adultes*; il importe donc d'examiner si l'âge apporte quelques différences dans ces symptômes. M. Guibert est l'auteur qui s'est le plus occupé de cette question, et des faits qu'il a recueillis il a conclu que la principale différence était l'absence, chez les adultes, de l'inspiration sifflante, si remarquable chez les enfants. Mais cette différence n'est pas constante, et M. Guibert l'a reconnu lui-même, puisqu'il a observé un cas où l'inspiration sifflante était très marquée. M. Blache a cité un cas du même genre. Il n'en est pas moins digne de remarque que chez l'adulte un symptôme aussi caractéristique puisse manquer. On trouve naturellement, sous ce rapport, une analogie entre la coqueluche et le croup, dans lequel nous avons vu souvent manquer chez l'adulte les altérations de la respiration, les plus notables chez l'enfant. Chez l'adulte, l'*inspiration est seulement prolongée* dans la coqueluche.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la grande majorité des cas, la coqueluche a une *marche* d'abord croissante, puis stationnaire, puis enfin décroissante. Quelquefois cette marche est plus irré-

(1) *Bulletin de thérap.*, octobre 1847.

gulière, et après quelque temps d'une amélioration passagère, on voit se reproduire les symptômes avec une intensité nouvelle. On n'a point cité de cas dans lesquels il y eût une périodicité bien marquée. M. Guibert a vu l'accouchement suspendre momentanément les quintes; M. Trousseau, et avant lui plusieurs auteurs anciens ont vu le même effet produit par des affections fébriles intercurrentes.

La *durée* de la maladie est, comme nous l'avons vu, très variable : bien rarement elle se termine en moins de quinze jours, et quelquefois elle se prolonge pendant deux mois ou même davantage. Quelquefois l'une des trois périodes est très courte, tandis que les autres sont très longues.

La *terminaison* de la maladie est très différente, suivant que la coqueluche reste simple ou se complique d'une autre affection. Dans le premier cas, elle se termine presque constamment d'une manière favorable. Cependant quelques médecins ont vu des enfants succomber au milieu même d'une quinte (1). Dans les cas de complications, la mort survient très fréquemment, surtout s'il se manifeste une maladie grave de poitrine, comme la pneumonie ou la phthisie.

### § V. — Lésions anatomiques.

On admet généralement aujourd'hui qu'il n'existe pas de lésions anatomiques propres à la coqueluche. Les inflammations des bronches, du poumon, des nerfs pneumogastriques, etc., qui ont été observées quelquefois, sont des complications ou de simples coïncidences. C'est ce qui a fait dire à la plupart des auteurs que la maladie est une véritable névrose des voies respiratoires. Sans entrer à cet égard dans une discussion qui ne pourrait nous conduire à rien de positif, je dirai seulement qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître le caractère spasmodique de la maladie.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Dans la très grande majorité des cas, le diagnostic de la coqueluche est facile. Cependant MM. Barthez et Rilliet ont pensé qu'on pourrait la confondre avec la bronchite aiguë quinteuse, et la tuberculisation des ganglions bronchiques. Voici, d'après ces auteurs, quels sont les caractères qui peuvent servir à les distinguer. La coqueluche a ordinairement une période catarrhale qui précède les quintes; celles-ci se terminent par l'inspiration sifflante, l'expectoration filante et les vomissements. Quand l'affection est simple, elle est apyrétique, et la respiration est naturelle entre les quintes. Elle n'a lieu qu'une fois. La *bronchite aiguë quinteuse* commence souvent d'une manière brusque par des quintes; celles-ci sont moins intenses, et ne se terminent pas par l'inspiration sifflante, l'expectoration filante et le vomissement; il y a une fièvre intense dès le début, du râle sibilant, muqueux, sous-crépitant; ces symptômes sont continus. La maladie peut se reproduire à plusieurs reprises.

Quant à la *tuberculisation des ganglions bronchiques*, elle se distingue de la coqueluche en ce qu'elle n'est ni contagieuse ni épidémique, qu'elle n'a pas de périodes distinctes, que les quintes très courtes ne se terminent ni par l'inspiration

(1) Lancisi, *De subitaneis mortibus*, lib. I, cap. XVIII. Romæ, 1707. — Combes Brassard, *Essai sur les maladies des enfants*. Paris, 1819.

, ni par l'expectoration filante, ni par le vomissement; qu'il y a des sueurs, rigissement, en un mot les signes de la phthisie; que parfois même le le la voix est voilé. Ce second diagnostic a, comme on le voit, moins d'im- que le premier.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

*mes distinctifs de la coqueluche et de la bronchite aiguë avec quintes.*

| COQUELUCHE. | BRONCHITE AIGUE QUINTEUSE. |
|---|---|
| *he initial.* | Souvent *début brusque* par des quintes. |
| *terminées par l'inspiration sifflante,* *tion filante et les vomissements.* | Quintes moins intenses; *pas d'inspiration sifflante, d'expectoration filante, ni de vomissements.* |
| *apyrétique* dans l'état de simpli- | *Fièvre intense* dès le début. |
| *tion naturelle.* Murmure respira- dans l'intervalle des quintes. | *Divers râles dans la poitrine.* |
| les sujets qu'*une fois.* | Peut attaquer les sujets *plusieurs fois.* |
| *mes intermittents.* | Symptômes *continus.* |

*es distinctifs de la coqueluche et de la tuberculisation des ganglions bronchiques.*

| COQUELUCHE. | TUBERCULISATION DES GANGLIONS BRONCHIQUES. |
|---|---|
| *contagieuse,* souvent *épidémique.* | Ni *contagieuse,* ni *épidémique.* |
| *prolongées,* se terminant par l'in- sifflante, l'expectoration filante et le ent. | *Quintes très* courtes, non *terminées* par l'inspiration sifflante, l'expectoration filante et le vomissement. |
| *symptômes généraux* dans les cas | *Symptômes de fièvre hectique.* |
| *aturelle.* | Dans quelques cas, *voix altérée.* |

*stic.* — Toute la gravité du pronostic dépend de l'existence des complica- médecin devra donc observer très attentivement la marche de la maladie, iner avec soin toutes les fonctions et tous les organes. L'existence de la de symptômes généraux dans l'intervalle des quintes devra surtout éveiller ition, car elle le mettra presque toujours sur la voie d'une complication. ral, la maladie offre d'autant plus de danger que le sujet est plus jeune et le; mais peut-on, d'après certains symptômes ou d'après la marche de la juger de sa gravité? M. Trousseau a noté qu'en général la durée de l'affec- d'autant plus grande que le catarrhe initial s'était plus prolongé. Cepen- t là une règle qui souffre de nombreuses exceptions. Enfin, tous les auteurs taté que la coqueluche est beaucoup plus grave à l'état épidémique qu'à radique, caractère commun à toutes les affections.

### § VII. — Traitement.

ès grand nombre de médicaments ont été recommandés dans la coque- ais nous n'avons aucun travail d'observation qui puisse nous guider d'une bien sûre dans l'appréciation de ces divers moyens. D'un autre côté,

comme on l'a vu, le nombre des observations qu'on peut se procurer dans les auteurs est trop limité pour que de leur relevé il puisse résulter quelque précepte bien positif. Bornons-nous donc à exposer les diverses médications suivies, en indiquant plus particulièrement celles qui paraissent fondées sur l'expérience la plus éclairée.

*Émissions sanguines.* — Les auteurs qui ont attribué la coqueluche au développement d'une bronchite ou d'une pneumonie ont naturellement recommandé les *émissions sanguines*. Sydenham, Huxham et Cullen préconisent ce moyen. D'un autre côté, MM. Barthez et Rilliet, se fondant sur l'absence de toute inflammation dans les cas simples, pensent que les saignées et les applications de sangsues, quelque répétées qu'elles soient, ne peuvent ni prévenir ni arrêter la coqueluche. Comment se prononcer en l'absence de l'analyse exacte d'un nombre suffisant de faits? Faut-il admettre, avec quelques auteurs, que dans certaines épidémies de coqueluche la saignée est très utile, tandis qu'elle est très nuisible dans d'autres? Mais qui nous prouve que ces auteurs n'étaient point dans l'erreur? Tant de causes ont pu les tromper, qu'il est bien permis d'avoir des doutes à cet égard. Ce que nous avons dit de la saignée générale s'applique aux saignées locales. Les uns veulent qu'on fasse des saignés dérivatives : ainsi Albert de Bonn recommande de pratiquer les émissions sanguines aux extrémités; d'autres, au contraire, veulent qu'on les applique directement sur la poitrine, et quelques-uns, comme Boisseau (1), ayant remarqué la congestion qui a lieu vers la tête, conseillent d'appliquer les sangsues sur les tempes. Aujourd'hui les auteurs n'attachent qu'une très médiocre importance aux émissions sanguines dans les cas non compliqués.

*Antispasmodiques.* — Dans une maladie caractérisée par des spasmes si violents, on a dû nécessairement recourir à la médication antispasmodique; aussi un très grand nombre d'auteurs ont-ils mis en usage ces médicaments, dont les uns ont fait beaucoup de bien et les autres beaucoup de mal, sans qu'il soit possible de donner raison aux uns plutôt qu'aux autres. Le *musc*, le *camphre* et le *castoréum* ont été quelquefois administrés, mais moins souvent que l'*asa fœtida* et l'*oxyde de zinc*. C'est M. Kopp (2) qui a le plus insisté sur l'emploi de l'asa fœtida. Voici comment il l'administre :

| | |
|---|---|
| ℞ Asa fœtida.............. 4 gram. | Sirop de guimauve.......... 30 gram. |
| Mucilage de gomme arabique. 30 gram. | |

F. s. a. une mixture. A prendre par cuillerées à café, de deux en deux heures, chez les enfants de trois à quatre ans. On augmentera ou l'on diminuera modérément la dose chez les enfants plus ou moins âgés.

Le docteur Caspari (3) a mis en usage une formule à peu près semblable. Ces deux auteurs assurent avoir retiré de bons effets de ce médicament, qu'il doit être assez difficile de faire prendre aux enfants; aussi M. Kopp l'administre-t-il à ceux qui sont âgés de plus de quatre ans, sous forme de pilules, ainsi qu'il suit :

| | |
|---|---|
| ℞ Asa fœtida.............. 6 gram. | Mucilage de gomme arabique...... Q. s. |

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, t. V.
(2) *Arch. gén. de méd.*, t. XVI, p. 289.
(3) *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. VII, p. 374.

ilules. Dose : deux, trois fois par jour. On pourrait encore, chez les enfants faire avaler ces pilules dans une petite quantité de confiture.

mule est consignée dans l'ouvrage de MM. Barthez et Rilliet; les mêmes portent que le docteur Samel prescrit matin et soir un lavement con-0 à 120 centigrammes d'asa fœtida.

*le zinc* a été mis en usage par un très grand nombre d'auteurs, et no-r Hufeland, Kleing, Starke, et plus récemment par Guersant (1); mais ous n'avons pas de faits suffisants sur lesquels nous puissions asseoir ent. C'est pourquoi je me borne à indiquer cette médication, afin que puisse la tenter de nouveau. Je ne dirai rien des autres antispasmodi-ue la *gomme ammoniaque*, la *liqueur de Mindererus*, etc., pour les ms. L'*éther* a été administré dans le but de dissiper les quintes; mais a ne nous a pas encore appris quel est son degré d'efficacité. Guer-loyait comme adjuvant les frictions sur la partie antérieure de la poi-'essence de térébenthine. Rien ne nous démontre que les résultats en mportants.

*de zinc* doit être administré, suivant le précepte de Guersant et de à la dose de 1 décigramme, toutes les deux ou trois heures, sans toute-r 75 centigrammes ou 1 gramme dans les vingt-quatre heures, car alors ne purgatif (*loc. cit.*).

ues. — Les narcotiques sont presque constamment mis en usage dans le de la coqueluche. Il est assez difficile de se prononcer sur les avantages nvénients de l'*opium ;* les uns l'ont fortement préconisé, et les autres, Frank et Brachet, ne lui attribuent qu'une efficacité fort équivoque. de Greisfwald (3), M. W. Meyer (4) et M. Baïé (5) ont employé les *phine* par la méthode endermique, à la dose de 0,030 à 0,060 gram., s, avec succès.

la *belladone*, elle a eu, surtout dans ces dernières années, une bien plus utation. Hufeland la regarde presque comme un spécifique : il con-dministrer du quinzième au vingtième jour de la maladie. M. Raisin oir vue toujours calmer la toux, diminuer la fièvre, procurer un som-paisible. Ce médicament a été si généralement recommandé, qu'on est ent porté à lui attribuer une efficacité réelle. Ordinairement on le prescrit ère suivante :

un enfant de moins de deux ans :

one en poudre..... 0,40 gram. | Sucre en poudre............ 1 gram.

ites trente paquets. A prendre un par jour.

un enfant de deux ans, on administrera deux paquets. Pour un enfant quatre, etc.

tin des sciences médicales de Férussac, septembre 1828.
al de méd. et de chir. prat., 1834.
bericht über die Fortschritte der gesam. Medic. in all. Land. Heraugs. von

s Magazine fur die gesammte Heilkunde, t. XXVIII.
al de méd. et de chir. prat., t. VI, p. 38.

Le docteur Pieper conseille de frictionner l'épigastre avec une pommade d'extrait de belladone, composée ainsi qu'il suit :

℞ Cérat.................. 30 gram. | Extrait de belladone.......... 8 gram.

Mêlez exactement. Faites une friction deux fois par jour.

M. Miquel de Neuerhaus accorde une grande confiance à la belladone; mais, à l'exemple d'un grand nombre d'auteurs, il établit une grande différence entre la racine fraîche et la racine desséchée : la première, en effet, a beaucoup plus d'activité, puisque 0,05 gram. suffisent pour causer de l'agitation chez un enfant de moins de deux ans. Cet auteur conseille (1) d'administrer la belladone à dose croissante, jusqu'à ce qu'il y ait un narcotisme commençant; puis il la diminue progressivement. Le docteur Kahleiss (2) associe la belladone à d'autres moyens, ainsi qu'il suit :

℞ Racine de belladone..... 0,20 gram. | Fleurs de soufre lavées........ 5 gram.
Poudre de Dower....... 0,50 gram. | Sucre blanc pulvérisé......... 8 gram.

Mêlez. Divisez en vingt paquets. Un paquet toutes les trois heures, à deux ans; augmenter suivant l'âge.

Entre chaque prise une cuillerée à café de la potion suivante :

℞ Eau de camomille......... 30 gram. | Acide prussique de Vauquelin. 12 gouttes.
Sirop simple............ 8 gram. |

Mêlez.

Les effets ne se manifestent parfois qu'au bout de cinq ou six jours.

M. le docteur Levrat Perroton (3) conseille, contre la coqueluche, la potion suivante :

℞ Eau distillée de laitue.... 125 gram. | Sirop de belladone............ 8 gram.
— de fleur d'oranger.... 8 gram. | Ammoniaque liquide.......... 6 gouttes.
Sirop de pivoine......... 30 gram. |

A prendre par cuillerées d'heure en heure.

Il cite quatre observations peu concluantes :

Les préparations précédentes suffisent pour l'emploi de ce moyen, que M. Trousseau regarde comme simplement palliatif. Cependant on peut encore mettre en usage les fumigations, telles qu'elles ont été indiquées à l'article *Laryngite*.

La *ciguë* a également joui d'un grande réputation. Suivant M. Amstrong, elle réussit dans la coqueluche parvenue à la deuxième et à la troisième période. Voici de quelle manière ce médecin l'administre :

℞ Extrait de ciguë......... 1 gram. | Eau commune............. 150 gram.
Eau de menthe......... 150 gram. | Sucre blanc............... 70 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à café toutes les heures.

(1) *Arch für mediz. Erfahrung*. Berlin, 1829.
(2) *Journal de Hufeland*, 1830.
(3) *Revue médicale*, juin 1844.

Dans une épidémie de coqueluche qui régna à Varsovie, Schlesinger (1) dit avoir obtenu le plus grand succès en administrant la ciguë unie au tartre stibié. Voici comment il composait ce mélange :

| | |
|---|---|
| ℞ Tartre stibié | 0,05 gram. |

Dissolvez dans :

| | |
|---|---|
| Eau | 60 gram. |

Délayez ensuite dans ce liquide :

| | |
|---|---|
| Extrait de ciguë | 0,10 gram. |

Édulcorez avec :

| | |
|---|---|
| Sirop de framboise | 15 gram. |

A prendre en deux jours.

L'*eau distillée de laurier-cerise* et l'*acide hydrocyanique* ont été exaltés par quelques-uns et proscrits par d'autres. Il s'ensuit que les doutes les plus grands règnent sur leur efficacité ; et comme ces médicaments, et surtout le dernier, peuvent offrir de graves inconvénients, il est inutile d'en embarrasser le traitement.

*Vomitifs.* — Les vomitifs ont toujours été en honneur dans le traitement de la coqueluche. Laennec leur accordait une si grande confiance, qu'il voulait qu'on les répétât tous les jours, ou au moins tous les deux jours. Guersant place les vomitifs au premier rang des médicaments opposés à la coqueluche. Tout récemment M. Trousseau les a employés avec un grand succès, et il a vu qu'ils diminuaient très notablement le nombre des quintes, ainsi que Guersant l'avait annoncé d'une manière générale. L'*ipécacuanha* est le vomitif le plus souvent employé chez les très jeunes enfants.

On donne le sirop d'ipécacuanha par cuillerée à café, de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à ce qu'il y ait eu de quatre à six vomissements. A *un âge plus avancé*, on peut l'administrer de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| ℞ Ipécacuanha en poudre | 0,50 gram. |

Divisez en trois paquets. A prendre de quart d'heure en quart d'heure.

Enfin, *à un âge plus avancé encore*, M. Trousseau a prescrit la potion suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Tartre stibié | 0,05 gram. | Sirop de sucre | 15 gram. |
| Eau | 100 gram. | | |

A prendre par cuillerées à café, jusqu'à ce qu'il y ait eu quatre ou cinq vomissements.

Le *sulfure de potasse* a, comme on le sait, une vertu vomitive ; peut-être est-ce à cette propriété qu'il faut attribuer ses bons effets dans la coqueluche. M. Blanc (2) l'a administré principalement dans le but de modifier l'expectoration, qui est for-

(1) *Bibliothèque médicale*, t. LVIII.
(2) *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. II, p. 134.

tement salée, et qui produit par là l'irritation des bronches, cause de tous les accidents. Il cite deux observations à l'appui de cette assertion. Voici comment il administre le sulfure de potasse :

Pour les enfants au-dessous de deux ans, 0,08 gram.; de deux à cinq, 0,10 gram.; de cinq à dix, 0,15 gram.; de dix à quinze, 0,30 gram.; et au-dessus de quinze ans, 0,45 à 0,50 gram.

Incorporez le médicament dans une suffisante quantité de miel. A prendre en une fois.

Le sulfure de potasse étant une substance qui est loin d'être innocente, on sent qu'il faudrait, pour en démontrer l'efficacité, des faits plus nombreux et plus positifs.

Le docteur Cajetan-Vachlt, de Vienne (1), a dit avoir employé avec un grand succès la potion suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Cochenille | 1 gram. | Sucre | 30 gram. |
| Bitartrate de potasse | 1 gram. | Eau bouillante | 200 gram. |

Faites dissoudre. Dose : une forte cuillerée à café trois fois par jour, d'abord; puis augmenter. Ne préparez la potion que pour un ou deux jours, car elle s'altère facilement.

M. Bermewitz, de Berlin (2) a également vanté cette préparation que j'indique afin qu'on puisse l'expérimenter.

Suivant M. Dumont, de Gand (3), le *gui de chêne* employé dans la coqueluche a des effets avantageux tels, qu'on peut les observer déjà au bout de vingt-quatre heures. C'est encore un sujet d'étude pour le praticien.

M. le docteur J. Guyot (4) conseille le *café à l'eau* qu'il administre comme il suit :

« Le café à l'eau, chaud et bien sucré, dit M. Guyot, donné à la dose d'une cuillerée à café jusqu'à deux ans, d'une cuillerée à conserve jusqu'à quatre, et d'une cuillerée à bouche au delà de cet âge, guérit, dans l'espace de deux à quatre jours au plus, les coqueluches les mieux caractérisées et les plus opiniâtres. Pour obtenir une guérison prompte et durable de cette affection, il importe de joindre à l'usage du café, répété deux fois au moins et trois fois au plus par jour, immédiatement après le repas, l'usage d'une alimentation composée de viandes grillées ou rôties, hachées menu, si l'enfant ne peut bien les broyer par la mastication; de diminuer l'usage du lait, de supprimer celui des fécules, sucreries, fruits, etc.

» Toutefois nous devons dire que le café paraît présenter dans cette maladie un caractère tellement énergique, que son usage seul suffit à la guérison. »

Déjà M. Blache avait fait usage du café dans la coqueluche. Mais il ne paraît pas qu'il en ait obtenu des effets aussi avantageux. M. le docteur Cerise (5) a aussi administré le *café* à quatre enfants, et n'a obtenu qu'une amélioration passagère.

(1) *Oesterreichische medicinische Jahrbucher*, 1843.
(2) *Casper's Wochenschrift für die gesammte Heilkunde*, 1844.
(3) *Bulletin de thérap.*, septembre 1846.
(4) *Union médicale*, avril 1849.
(5) *Union médicale*, 28 avril 1849.

M. Delayes (1) emploie concurremment le *café*, l'*ipécacuanha* et la *belladone*, qu'il administre comme il suit :

Café torréfié.................................. 50 gram.

Traitez par déplacement, au moyen de l'eau bouillante, de manière à obtenir 1000 grammes de liqueur. Faites dissoudre dans cette liqueur :

Extrait alcoolique de belladone. 10 gram. | Extrait alcoolique d'ipécacuanha. 10 gram.

Ajoutez :

Sucre...................................... 1 kilogr.

Faites fondre au bain-marie et filtrez. Dose : 15 grammes le matin, autant à midi et 30 grammes le soir. Au-dessous de trois ans la dose est moitié moindre.

Quelle est dans cette médication l'influence de chacune des substances employées ? C'est ce qu'il n'est pas possible de dire.

*Purgatifs.* — Les purgatifs sont généralement regardés comme ayant moins d'avantages que les vomitifs. Un très grand nombre de ces médicaments ont été prescrits sans qu'il nous soit possible de distinguer quels ont été leurs effets. Le *calomel* est celui qui jouit de la plus grande réputation, surtout en Angleterre. Les purgatifs ne présentent d'ailleurs rien de particulier dans leur mode d'administration.

*Sous-carbonate de fer.* — Parmi les préparations ferrugineuses, le sous-carbonate de fer est à peu près la seule qui ait été employée. Le docteur Steyman lui donne de grands éloges ; mais comme il l'a administré en même temps que les calmants et les vomitifs, il est impossible de distinguer dans ses observations quel est le médicament qui a vraiment agi. Voici comment ce médecin donne le sous-carbonate de fer :

℞ Sous-carbonate de fer.. 1,25 gram. | Sucre blanc................. Q. s.

Mêlez. Divisez en dix paquets. Dose : un paquet toutes les trois heures, pour les enfants d'un à trois ans ; augmenter la dose proportionnellement à l'âge.

On a été jusqu'à proposer la *vaccination* comme un remède contre la coqueluche. Des observations ont été publiées dans le but de prouver l'efficacité de ce moyen (2), mais on voit bientôt par leur lecture que rien n'est moins certain ; car, dans tous les cas, la maladie a duré assez longtemps pour pouvoir se terminer spontanément.

Le docteur Verhaeghe (3), d'Ostende, conseille le *séjour aux bords de la mer* et l'usage des *bains de mer*. Il cite quelques observations qui sont de nature à engager le praticien à avoir recours à ce moyen. Quelle est la part, dans ce traitement, du simple changement de lieu ? C'est ce que l'on ne saurait dire ; et cependant il ne doit pas être nul, puisque dans d'autres circonstances il a été très évident.

Le docteur A. Berger (4) a employé le *nitrate d'argent* à la dose d'un seizième

(1) *Journal des connaissances méd.-chir.*, 15 janvier 1850.
(2) *The medical Gazette of London*, 1833.
(3) *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1848.
(4) Voy. *Journal des connaissances méd.-chir.*, 15 janvier 1850.

ou d'un douzième de grain, d'abord trois fois, puis quatre fois par jour. C'est encore un de ces moyens pour lesquels il faut faire appel à l'expérience.

Le docteur Durr (1) a employé un mélange de *tannin* et de *fleurs de benjoin* déjà conseillé par le docteur Geigel, de Wurtzbourg (2). Il le donne sous forme de poudre, ainsi composée :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Tannin......... Fleurs de benjoin. | de 0,02 à 0,05 gram. | Sucre candi pulvérisé.......... 0,50 gram. |

Mêlez. Un paquet toutes les deux heures. Chez les enfants de six mois à un an, on ne donne qu'un paquet matin et soir.

M. Pavesi (3), dans une épidémie de coqueluche qui a régné à Candie, a employé la *cochenille*, qu'il administre de la manière suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Cochenille.............. | 0,50 gram. | Sucre en poudre............ | 30 gram. |
| Carbonate de potasse..... | 0,50 gram. | Eau...................... | 120 gram. |

Mêlez. A prendre par cuillerées toutes les deux heures.

Sous l'influence de cette substance, les accès, dit-il, ont perdu de leur fréquence et de leur intensité.

*Cautérisation pharyngo-laryngienne.* — Récemment M. le docteur Eben Watson (4) a employé comme moyen principal la cautérisation de la membrane pharyngolaryngienne à l'aide de la solution suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau distillée............. | 35 gram. | Nitrate d'argent cristallisé... | 0,75 gram. |

Cette cautérisation se fait à l'aide d'une petite éponge solidement fixée sur un cathéter qu'on porte jusqu'à l'épiglotte.

Depuis, M. le docteur Joubert (5) a employé ce moyen, et il cite un grand nombre de guérisons obtenues par cette médication.

Suivant M. Watson, qui rapporte un grand nombre d'observations à l'appui, cette cautérisation, *employée pendant huit ou dix jours*, a fait constamment disparaître la maladie. Ce résultat est de nature à recommander fortement cette médication.

Nous pourrions multiplier presque à l'infini les citations des divers moyens employés contre la coqueluche ; nous pourrions indiquer l'emploi du *datura*, de la *douce-amère*, de la *jusquiame* : narcotiques qui agissent à peu près de la même manière que ceux dont il a déjà été parlé ; nous aurions à signaler des excitants comme la *menthe*, des irritants comme la *lobelia inflata ;* nous pourrions faire entrer dans cette énumération la *chaux*, le *safran*, le *narcisse des prés*, le *gland de chêne*, etc. ; mais les auteurs ne nous ayant appris absolument rien de positif à leur égard, ce serait plutôt embarrasser le traitement de la coqueluche que le

(1) *Journ. für Kinderkrankheiten*, 1845.
(2) Voy. *Journal des connaissance méd.-chir.*, 15 janvier 1850.
(3) *Giornale della Accad. med.-chir. di Torino*, et *Bull. gén. de thér.*, 30 juillet 1850.
(4) *Dublin medical Press*, 2 janvier 1850.
(5) *Recueil des travaux de la Soc. méd. du départ. d'Indre-et-Loire*, 1[er] et 2[e] trimestre 1851, et *Union médicale*, 9 décembre 1851.

servir. Nous allons donc nous contenter d'ajouter quelques mots sur les révulsifs et sur le quinquina, dont un grand nombre d'auteurs ont vanté les bons effets.

*Révulsifs.* — On a appliqué des *vésicatoires* plus ou moins répétés sur les parois de la poitrine ; des *frictions faites avec la pommade d'Autenrieth*, avec l'*huile de croton tiglium*, avec l'*essence de térébenthine*, ont été pratiquées par un grand nombre de médecins et surtout par les médecins allemands. Mais : 1° il est impossible de trouver dans les faits des preuves réelles de l'efficacité de ces moyens ; et 2° quant à quelques-uns d'entre eux, les frictions émétisées entre autres, ils ont quelquefois des inconvénients très graves. M. Blache cite des cas observés par M. Constant, et qui sont de nature à faire repousser un semblable moyen.

*Quinquina.* — Les accès que présente la coqueluche ont pu suggérer l'idée de donner le quinquina comme antipériodique; mais c'est généralement comme tonique qu'on l'a prescrit. Il est surtout administré lorsque la maladie, se prolongeant audelà du terme ordinaire, les forces du sujet sont abattues et la peau décolorée. Ici nous avons encore à appliquer les réflexions faites si souvent à l'occasion des moyens précédents.

Aujourd'hui c'est le *sulfate de quinine* qu'on administre ordinairement à doses fractées, c'est-à-dire de 3 à 5 centigrammes toutes les quatre ou cinq heures, suivant l'âge des sujets.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT
DE LA COQUELUCHE.

1° Éviter les émotions, les contrariétés, les impressions irritantes, qui peuvent rendre les quintes plus fréquentes et plus intenses.

2° Mettre les malades à l'abri des principales causes de phlegmasies thoraciques, et en particulier de l'impression du froid.

3° Couvrir la peau de flanelle.

4° Ne point permettre l'ingestion d'aliments trop abondants.

5° Envoyer les malades dans un endroit bien aéré, sec, et principalement à la campagne.

*Traitement préservatif.* — Nous avons vu plus haut que la *vaccination* avait été indiquée comme traitement curatif; elle a été bien plus vantée encore comme traitement préservatif, dans les épidémies de coqueluche, mais les preuves en faveur de ce second mode d'action ne sont pas plus fortes qu'en faveur du premier. La belladone a été aussi administrée dans le but de prévenir l'invasion de la maladie; mais encore ici nous manquons absolument de preuves suffisantes. La contagion de la coqueluche étant un fait aujourd'hui démontré, il est bien évident que le meilleur préservatif, dans une épidémie, c'est l'isolement des enfants. Dans les cas sporadiques, il est du devoir du médecin de prévenir les parents du danger de la contagion, et de faire éloigner les enfants qui ne sont pas encore atteints.

*Résumé, ordonnances.* — Tel est le traitement de la coqueluche; je n'ai point dissimulé toutes ses incertitudes. Il est évident que presque rien de ce qui serait nécessaire pour faire apprécier convenablement la valeur des divers moyens employés n'a encore été fait; la marche de la maladie, les complications, l'état épidémique ou sporadique de l'affection, rien de tout cela n'a été mis en ligne de compte,

et par-dessus tout, on a généralement négligé d'analyser des séries de faits suffisantes pour éclairer les plus importantes questions. Ce qui ressort de plus général de tout ce que nous avons dit plus haut, c'est que, dans l'état actuel de la science, les vomitifs doivent être placés en première ligne. Viennent ensuite les narcotiques et les antispasmodiques.

**Ire Ordonnance.**

POUR UN JEUNE ENFANT, ET DANS UN CAS DE COQUELUCHE SIMPLE.

1° Pour tisane, légère décoction de tilleul édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° ℞ Tartre stibié....... 0,05 gram. | Sirop d'ipécacuanha.......... 15 gram.
Infusion de violette... 120 gram. |

A prendre par cuillerées, jusqu'à production de deux ou trois vomissements.

3° Le matin et le soir, administrez la belladone, suivant les formules précédemment indiquées (voy. p. 616).

4° Appliquer un emplâtre de diachylon sur les parois thoraciques, surtout s'il existe des douleurs.

5° Régime doux et léger; éviter tout ce qui pourrait produire de l'excitation.

Suivant l'âge des enfants, ou chez les adultes, on augmentera les doses de ces médicaments, mais sans rien changer au traitement, qui est le plus convenable dans les cas simples.

**IIe Ordonnance.**

DANS UN CAS COMPLIQUÉ DE BRONCHITE OU D'UNE PHLEGMASIE PLUS GRAVE.

1° Infusion de mauve et de coquelicot édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Émissions sanguines plus ou moins abondantes, suivant l'âge du sujet et suivant l'intensité de la phlegmasie.

3° Dans les cas de pneumonie, administrer l'émétique à haute dose.

4° Tous les soirs, de 5 à 30 grammes de sirop diacode, ou de 0,01 à 0,05 grammes d'extrait d'opium, de datura stramonium, suivant l'âge des sujets.

5° Diète plus ou moins rigoureuse, qu'on ne fera cesser qu'au moment où complication aura disparu.

Nous ne croyons pas devoir multiplier ces ordonnances, car les moyens indiqués par les auteurs sont si variés et leur application si peu précise, qu'il faudrait en présenter un nombre infini. Les détails dans lesquels nous sommes entré plus haut suffisent d'ailleurs amplement.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; antispasmodiques, narcotiques; vomitifs, purgatifs, préparations ferrugineuses; moyens variés; révulsifs; quinquina; cautérisation pharyngo-laryngienne.

# LIVRE SIXIÈME

## Maladies des voies circulatoires.

a liaison intime qui existe entre la circulation et la respiration est aujourd'hui ement connue, qu'il est inutile de chercher à la démontrer. C'est cette liaison nous engage à placer immédiatement après l'étude des maladies des voies respiires celle des maladies des organes de la circulation.

es maladies n'ont été que très imparfaitement connues jusqu'à la fin du dernier le. A cette époque, les notions un peu précises que les médecins commencèrent à avoir, et que Sénac consigna dans son célèbre traité, furent un des premiers its de la grande découverte de Harvey. Au commencement de notre siècle, Corart, unissant aux méthodes d'investigation mises en usage par ses devanciers une tomie pathologique plus exacte, et l'emploi de la *percussion*, jeta de nouvelles nières sur ce sujet obscur. Mais l'histoire des maladies du cœur laisserait encore ucoup à désirer, si, dans ces dernières années, la découverte de l'auscultation, servation devenue plus rigoureuse, l'anatomie pathologique cultivée avec plus méthode, ne lui avaient fait faire les plus grands progrès, et ne lui avaient acquis degré d'exactitude inconnu jusqu'alors.

Nous diviserons ce livre en six sections, qui comprendront : la première, les *aladies du cœur et du péricarde;* la seconde les *maladies du système artériel;* troisième, les *maladies du système veineux;* la quatrième, les *états morbides* ui se rattachent particulièrement aux *troubles des fonctions du système circulaire;* la cinquième, un *précis d'hématologie*, et la sixième, les *maladies des vaisaux lymphatiques.*

---

## SECTION PREMIÈRE.

### MALADIES DU CŒUR ET DU PÉRICARDE.

Il faut arriver à Sénac et à Lancisi pour trouver quelques notions exactes sur s maladies du cœur. Avant cette époque, il n'existait que des faits isolés et des plications générales, le plus souvent fausses. On chercherait donc en vain, dans s anciens, quelques descriptions qui puissent faire soupçonner une connaissance acte de quelques-unes de ces affections. Sénac (1) lui-même, bien qu'il ait touché presque tous les points de la pathologie du cœur, a passé si rapidement sur les constances les plus importantes, et a mêlé à ses descriptions tant d'interprétaons hypothétiques, qu'on ne peut pas tirer un grand fruit de la lecture de son vrage. Corvisart est infiniment plus exact; mais ne connaissant pas l'auscultation

(1) *Traité de la structure et des maladies du cœur*, 2e édit, Paris, 1778.

il a nécessairement ignoré les signes les plus précieux de ces maladies. Kreysi apporta ensuite son tribut à cette partie importante de la pathologie, dont il éh quelques points. Laennec a plutôt effleuré cette grande question pathologique ne l'a approfondie et résolue, comme il avait approfondi et résolu toutes les tions relatives aux maladies du poumon et de la plèvre. Mais bientôt Bertin, I MM. Bouillaud (2), Corrigan, Beau (3), etc., sont venus, à l'aide du procéd Laennec, porter l'histoire des maladies du cœur au degré de perfection où la voyons parvenue aujourd'hui.

C'est avec les éléments qui nous sont fournis par les importants travaux d auteurs que nous allons tracer la description de ces maladies. Mais avant d'ar aux détails pathologiques, il est nécessaire de présenter quelques considération la *situation de l'organe*, sur son *volume naturel*, sur l'*étendue de ses orifices* les *mouvements qu'il exécute*, et sur les *bruits qu'il fait entendre à l'ausc tion*. Il est en effet indispensable, pour arriver à une appréciation exacte des al tions qui peuvent se produire dans les mouvements et les bruits du cœur, d' un point fixe de comparaison. Cette tâche qui nous est imposée est difficile à plir, car de nombreuses discussions se sont élevées sur le sujet que nous a traiter, et le nombre des expériences et des explications est tel, qu'on a que peine à s'y reconnaître. Nous nous efforcerons de faire sortir de toutes ces dis sions ce qui est absolument indispensable pour une pratique éclairée (4).

---

# CHAPITRE PREMIER.

## EXPOSÉ SUCCINCT DE L'ÉTAT NORMAL DU COEUR.

### ARTICLE Ier.

#### SITUATION.

Hope (5) s'est principalement attaché à déterminer d'une manière exacte la tion de cet organe. Dans une planche placée à la tête de son ouvrage, on voit l'origine de l'artère pulmonaire correspond au bord supérieur de la troisième c

(1) *Die Krankheiten des Herzens*, etc. Berlin, 1816.

(2) *Traité clinique des maladies du cœur*, 2e édit. Paris, 1841, 2 vol. in-8.

(3) *Traité clinique et expérimental d'auscultation appliquée à l'étude des maladi poumon et du cœur*. Paris, 1856.

(4) Les annotateurs de ce livre croient devoir déclarer qu'ils ne partagent pas sur to points les idées récentes sur les phénomènes physiologiques du cœur, idées que Valleix adoptées.

Il s'ensuit qu'ils ont dû respecter complétement le travail de Valleix sur les maladi cœur, car ils auraient eu non-seulement à modifier, mais à combattre presque toutes le plications que cet auteur a empruntées aux nouvelles hypothèses physiologiques.

Cependant les annotateurs doivent convenir que leurs dissentiments avec Valleix ne p point sur la partie d'observation et de clinique, mais seulement et presque exclusiveme la partie théorique.

Ils se borneront donc à résumer les travaux les plus récents sur cette partie de la p logie.

(5) *A treatise of the diseases of the heart and great vessels*. London, 1839.

que la pointe du cœur est située dans le cinquième espace intercostal, et répond à un point placé à 5 ou 6 centimètres au-dessous et en dedans du mamelon; que le bord droit du cœur déborde en partie le bord droit du sternum, au delà duquel on trouve l'oreillette droite presque tout entière, et que le bord gauche est situé à une distance de 7 à 9 centimètres du bord gauche du sternum. Si, toujours suivant cet auteur, on tire une ligne verticale le long du bord gauche du sternum, on laisse à droite environ un tiers de l'étendue du cœur constituée par une portion du ventricule droit et l'oreillette droite, et à gauche les deux autres tiers constitués par une partie du ventricule droit, le ventricule et l'oreillette gauches. Le cœur étant oblique de haut en bas et de droite à gauche, il en résulte que c'est la partie supérieure du ventricule droit qui reste à droite de cette ligne fictive. Si l'on tire une ligne horizontale passant par le bord supérieur des deux troisièmes côtes, on tombe, suivant Hope, un peu au-dessus de la base des valvules sigmoïdes pulmonaires; et comme l'orifice aortique se trouve placé à un centimètre environ au-dessous de l'orifice pulmonaire, il en résulte que la même ligne passe un peu au-dessus du sommet des valvules aortiques.

Cette situation du cœur n'est pas exactement rigoureuse; les recherches de quelques auteurs tendent même à prouver qu'elle ne s'applique pas à la majorité des cas : ainsi M. de Castelnau, qui a répété les observations de Hope, a vu que, relativement à la situation des orifices artériels, il fallait modifier un peu les assertions de l'auteur anglais. Il a trouvé, en effet, plus souvent ces orifices au-dessus du bord supérieur de la troisième côte qu'à son niveau, de telle sorte qu'en enfonçant une aiguille dans ce point, on pénètre ordinairement dans le ventricule lui-même. D'un autre côté, on a trouvé que chez plusieurs sujets, et notamment chez les femmes et les enfants, la pointe du cœur battait, non dans le cinquième, mais dans le quatrième espace intercostal. [Ce fait a été mis hors de doute par M. Verneuil (1), pour le plus grand nombre des sujets. Cependant il faut toujours tenir compte d'un élément important, la longueur du thorax. Quelques personnes ont le thorax très allongé dans le sens vertical, et les côtes fort éloignées. Dans ce cas, la pointe du cœur battra dans le cinquième espace intercostal. D'autres ont le thorax plus court, comme les femmes, et alors la pointe du cœur battra dans le quatrième espace. M. Racle (2) a également étudié avec soin ce point d'anatomie.] Il suit de là que l'on ne doit regarder ces limites du cœur que comme approximatives, et cela d'autant plus que dans plusieurs maladies la situation du cœur peut changer sans qu'il ait subi aucune altération. [On consultera avec intérêt les remarques de M. le docteur Duclos (3), sur les changements de situation que subissent les organes, dans l'état physiologique et pathologique.] Qu'on se rappelle donc seulement que la base du cœur et les orifices ventriculo-artériels correspondent à un point voisin du bord supérieur de la troisième côte, vers la réunion des cartilages costaux avec le sternum; que la pointe du cœur bat de 4 à 6 centimètres au-dessous et en dedans du mamelon; que la partie supérieure du ventricule droit est située sous le sternum, et que sa partie inférieure, ainsi que le ventricule gauche, est placée à la gauche de cet os. Cette délimitation approximative est suffisante pour la pratique.

(1) *Thèse*. Paris, 1852.
(2) *Thèse*. Paris, 1851.
(3) *Traité du diagnostic médical*, 2ᵉ édit. Paris, 1859.

Mais toute l'étendue du cœur n'est point à découvert au-dessous des parois tho
raciques. A droite, le poumon en recouvre une petite partie, et à gauche une beau
coup plus grande. Il en résulte que la matité à la percussion est beaucoup plus bo
née qu'on ne le supposerait d'abord. M. Bouillaud (1) l'évalue à 4 ou 6 centimètr
carrés. Il faut que le médecin connaisse ces mesures approximatives, auxquelles le
maladies du cœur peuvent apporter de notables changements.

## ARTICLE II.

### VOLUME.

#### § I. — Dimensions générales.

Le volume du cœur a été étudié par plusieurs auteurs, et notamment pa
MM. Bouillaud et Bizot (2). Ce dernier ayant tenu compte des changements apporté
dans les dimensions de cet organe par l'âge, le sexe, la taille, etc., nous lui emprun
terons la plus grande partie de ce qui va suivre. Les tableaux ci-dessous feron
d'abord connaître quelles sont la longueur, la largeur et l'épaisseur du cœur
suivant le sexe et suivant l'âge.

| LONGUEUR DU CŒUR. | | | LARGEUR DU CŒUR. | | | ÉPAISSEUR DU CŒUR. | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Age. | Hommes. | Femmes. | Age. | Hommes. | Femmes. | Age. | Hommes. | Femme |
| De 1 à 4 ans. | 0m,052 | 0m,051 | De 1 à 4 ans. | 0m,061 | 0m,059 | De 1 à 4 ans. | 0m,025 | 0m,02 |
| 5 à 9 | 0,072 | 0,061 | 5 à 9 | 0,075 | 0,067 | 5 à 9 | 0,029 | 0,02 |
| 10 à 15 | 0,077 | 0,071 | 10 à 15 | 0,084 | 0,071 | 10 à 15 | 0,032 | 0,02 |
| 16 à 29 | 0,096 | 0,088 | 16 à 29 | 0,103 | 0,096 | 16 à 29 | 0,040 | 0,04 |
| 30 à 49 | 0,098 | 0,094 | 30 à 49 | 0,108 | 0,100 | 30 à 49 | 0,040 | 0,03 |
| 50 à 79 | 0,103 | 0,096 | 50 à 79 | 0,118 | 0,105 | 50 à 79 | 0,046 | 0,04 |

On voit, d'après ces tableaux, que le cœur va sans cesse en augmentant, suivan
l'âge. Il n'y a, en effet, qu'une seule exception relative à l'épaisseur, et cette excep
tion, on est autorisé à la rapporter à l'insuffisance des faits, puisqu'elle est unique
et que tout rentre immédiatement dans la règle pour les âges suivants. La moindr
étendue du cœur à tous les âges, chez le sexe féminin, ressort également de c
tableau. Quant à la taille des sujets, M. Bizot a trouvé que l'étendue du cœur éta
loin d'être en proportion directe avec elle; il a vu, au contraire, qu'elle suivait ass
exactement le développement en largeur de la poitrine.

#### § II. — Capacité des cavités du cœur.

On peut dire d'une manière générale que le ventricule droit est notablemen
plus large que le gauche à toutes les époques de la vie; que la largeur des cavit
suit le développement général du cœur, et que par conséquent elle est plus consi
dérable chez l'homme que chez la femme, et augmente à mesure que l'on avanc

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*, 2e édit. Paris, 1841, 2 vol. in-8.
(2) *Recherches sur le cœur et le système artériel* (*Mémoires de la Société médicale d'ob servation*, t. I, Paris, 1837).

âge. Il en est de même de la longueur du ventricule, mais dans de moindres ortions.

### § III. — Épaisseur des parois du cœur.

L'épaisseur des parois des ventricules doit être établie avec plus de précision, car st d'après elle seulement que, dans certains cas, on peut reconnaître l'hypertro- e du cœur. La paroi du ventricule gauche présente sa plus grande épaisseur à la tie moyenne, puis à la base, puis enfin à la pointe. Dans le ventricule droit, les es sont un peu différentes, car le point le plus épais est la base, puis le milieu, s enfin la pointe. Les tableaux suivants vont faire connaître d'une manière suffi- te ces diverses épaisseurs :

#### ÉPAISSEUR DES PAROIS DU CŒUR A LA BASE.

| | Ventricule gauche. | | Ventricule droit. | |
|---|---|---|---|---|
| Age. | Hommes. | Femmes. | Hommes. | Femmes. |
| De 1 à 4 ans. | 0m,007 | 0m,005 | 0m,002 | 0m,003 |
| 5 à 9 | 0,008 | 0,007 | 0,004 | 0,004 |
| 10 à 15 | 0,009 | 0,008 | 0,004 | 0,004 |
| 16 à 29 | 0,010 | 0,010 | 0,005 | 0,005 |
| 30 à 49 | 0,011 | 0,010 | 0,005 | 0,005 |
| 50 à 79 | 0,012 | 0,010 | 0,006 | 0,004 |

#### ÉPAISSEUR DES PAROIS DU CŒUR A LA PARTIE MOYENNE.

| | Ventricule gauche. | | Ventricule droit. | |
|---|---|---|---|---|
| Age. | Hommes. | Femmes. | Hommes. | Femmes. |
| De 1 à 4 ans. | 0m,007 | 0m,006 | 0m,002 | 0m,002 |
| 5 à 9 | 0,009 | 0,007 | 0.002 | 0,002 |
| 10 à 15 | 0,009 | 0,008 | 0,003 | 0,003 |
| 16 à 29 | 0,009 | 0,010 | 0,004 | 0,003 |
| 30 à 49 | 0,012 | 0,008 | 0,004 | 0,004 |
| 50 à 79 pour les hommes.... / 50 à 89 pour les femmes.... | 0,011 | 0,012 | 0,004 | 0,004 |

#### ÉPAISSEUR DES PAROIS DU CŒUR A LA POINTE.

| | Ventricule gauche. | | Ventricule droit. | |
|---|---|---|---|---|
| Age. | Hommes. | Femmes. | Hommes. | Femmes. |
| De 1 à 4 ans. | 0m,004 | 0m,003 | 0m,002 | 0m,001 |
| 5 à 9 | 0,006 | 0,005 | 0,002 | 0,002 |
| 10 à 15 | 0,006 | 0,005 | 0,003 | 0,002 |
| 16 à 29 | 0,008 | 0,007 | 0,003 | 0,002 |
| 30 à 49 | 0,008 | 0,007 | 0,002 | 0,002 |
| 50 à 79 pour les hommes... / 50 à 89 pour les femmes... | 0,010 | 0,009 | 0,002 | 0,002 |

ÉPAISSEUR DE LA CLOISON INTERVENTRICULAIRE A LA PARTIE MOYENNE

| Age. | Hommes. | Femmes. |
|---|---|---|
| De 1 à 4 ans. | 0,008m | 0,007m |
| 5 à 9 | 0,010 | 0,008 |
| 10 à 15 | 0,010 | 0,008 |
| 16 à 29 | 0,012 | 0,011 |
| 30 à 49 | 0,012 | 0,010 |
| 50 à 79 pour les hommes........ / 50 à 89 pour les femmes........ | 0,013 | 0,012 |

### § IV. — Étendue des orifices.

Le calibre des orifices des diverses cavités du cœur est aussi important à [...] aussi allons-nous encore emprunter à M. Bizot les tableaux suivants, qui donnent des chiffres exacts sur l'étendue de ces orifices.

CIRCONFÉRENCE DES ORIFICES AURICULO-VENTRICULAIRES.

*Orifice auriculo-ventriculaire gauche.*

| Age. | Hommes. | Femmes. |
|---|---|---|
| De 1 à 4 ans. | 0m,057 | 0m,059 |
| 5 à 9 | 0,068 | 0,063 |
| 10 à 15 | 0,079 | 0,072 |
| 16 à 29 | 0,093 | 0,086 |
| 30 à 49 | 0,111 | 0,092 |
| 50 à 79 pour les homm. / 50 à 89 pour les femm. | 0,112 | 0,102 |

*Orifice auriculo-ventriculaire droit.*

| Age. | Hommes. | Femmes. |
|---|---|---|
| De 1 à 4 ans. | 0m,057 | 0m,059 |
| 5 à 9 | 0,067 | 0,061 |
| 10 à 15 | 0,077 | 0,075 |
| 16 à 29 | 0,093 | 0,077 |
| 30 à 49 | 0,110 | 0,093 |
| 50 à 79 pour les homm. / 50 à 89 pour les femm. | 0,112 | 0,099 |

CIRCONFÉRENCE DES ORIFICES ARTÉRIELS.

*Orifice aortique.*

| Age. | Hommes. | F[...] |
|---|---|---|
| De 1 à 4 ans. | 0m,039 | [...] |
| 5 à 9 | 0,042 | |
| 10 à 15 | 0,049 | |
| 16 à 29 | 0,060 | |
| 30 à 49 | 0,070 | |
| 50 à 79 pour les homm. / 50 à 89 pour les femm. | 0,081 | |

*Orifice pulmonaire.*

| Age. | Hommes. | F[...] |
|---|---|---|
| De 1 à 4 ans. | 0m,042 | [...] |
| 5 à 9 | 0,044 | |
| 10 à 15 | 0,051 | |
| 16 à 29 | 0,066 | |
| 30 à 49 | 0,071 | |
| 50 à 79 pour les homm. / 50 à 89 pour les femm. | 0,079 | |

Telles sont les seules connaissances nécessaires pour guider le médecin d[...] pratique.

## ARTICLE III.

### MOUVEMENTS DU COEUR.

De nombreuses discussions se sont élevées sur les mouvements du cœur, [...] auteurs ne sont pas encore parfaitement d'accord sur tous les points de cette [...] tante question physiologique. Nous n'avons pas l'intention de présenter ici u[...] torique complet des nombreuses expériences faites dans le but de déterminer exactitude la succession de ces mouvements; nous devons nous contenter de re[...]

her ce qu'il y a de plus positif dans les diverses théories, pour que, dans le dia-
ostic des maladies que nous allons étudier, nous puissions rapporter les symptômes
x temps précis où s'exécutent les divers mouvements, et où, par conséquent, le
ng traverse tel ou tel orifice, ce qui conduit naturellement à reconnaître le siége
s obstacles qui peuvent s'opposer à la marche de ce liquide.

Il est un fait aujourd'hui généralement admis, et qui, depuis Harvey et Haller, a
mis hors de doute par des expériences directes : c'est que les oreillettes se con-
ctent d'abord pour chasser dans les ventricules le sang qu'elles contiennent;
'immédiatement ou presque immédiatement après, survient la contraction ou
tole des ventricules, qui lance le sang dans toutes les parties du corps, et qu'à
deux contractions succède un temps bien marqué, pendant lequel, suivant les
ers auteurs, il se passerait des phénomènes différents. Mais cette contraction de
reillette est-elle destinée à chasser dans le ventricule toute l'ondée sanguine, ou
lement une partie? Voilà où commencent les dissidences entre M. Beau et la
part des autres expérimentateurs.

Depuis les expériences de Haller, on établissait ainsi qu'il suit la série des mou-
ments du cœur. *Premier temps :* les ventricules, étant pleins, se contractent
rement, et versent dans les artères tout le sang qu'ils contiennent. *Deuxième
ps :* dilatation des ventricules, pendant laquelle le sang coule des oreillettes dans
cavités ventriculaires, lentement et sans contraction. *Troisième temps :* il sur-
nt une contraction de l'oreillette qui achève de remplir rapidement le ventricule,
uel se contracte aussitôt, et la série des mouvements recommence. M. Beau (1)
sur des chiens et des lapins une série d'expériences, desquelles il tira des con-
sions différentes. Il observa, en effet, que pendant le temps où s'effectue, suivant
auteurs, la diastole lente, les ventricules étaient libres et en repos; que leur
atation avait lieu brusquement, au moment même de la contraction des oreil-
es, dont le contenu était lancé *d'un seul coup* dans leur cavité, et qu'immédia-
nt après venait la contraction ventriculaire. Suivant cet auteur, la projection du
g dans le ventricule par l'oreillette, la diastole et la systole ventriculaire, ne
ment qu'un seul temps qui est le premier, et la série des mouvements du cœur
nt divisée en trois temps, le repos qui correspond, ainsi que nous l'avons vu, à la
stole lente admise par les autres auteurs, formerait le troisième. Quel est donc le
ond? C'est un mouvement particulier par lequel le sang est vivement lancé des
sses veines dans les oreillettes, qui continuent ensuite à se remplir lentement.
nsi, en résumé, M. Beau divise les mouvements du cœur en trois temps, qui
nt les suivants : 1° contraction de l'oreillette, réplétion et dilatation du ventri-
le, contraction du ventricule; 2° afflux brusque du sang dans l'oreillette; 3° repos
ventricule, réplétion lente de l'oreillette.

A son apparition, cette théorie a excité une grande surprise et a trouvé beaucoup
incrédules; mais dans plusieurs mémoires publiés les années suivantes (2),
. Beau s'est attaché à la défendre par une critique des objections qu'on lui a
essées et par de nouvelles expériences. Les plus fortes objections qui aient été
rigées contre la théorie de M. Beau sont celles qui résultent des expériences de

(1) *Recherches sur les mouvements du cœur* (*Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ série, 1835, t. IX,
389).

(2) *Archives gén. de méd.*, janvier 1839, juillet et août 1841.

MM. Williams, Hope, Clendinning et des membres du comité de Londres. Ces expérimentateurs ont vu, en effet, pendant le temps qui, selon M. Beau, est uniquement consacré au repos des ventricules, ceux-ci se gonfler, se durcir, et par conséquent se remplir de sang. Voici comment Hope expose ses observations sur les mouvements du cœur de la grenouille : « En examinant la face postérieure du cœur d'une grenouille, dont l'action était réduite à quinze ou vingt pulsations par minute, toute l'oreillette, qui auparavant était cachée par le ventricule, étant maintenant exposée à la vue, on trouve que, pendant un court espace de temps, le ventricule en repos est distendu partiellement par le sang. L'oreillette se contracte par un mouvement bref, mais seulement partiellement, car les sinus veineux sont constamment pleins de sang dans cette expérience, que la circulation soit vive ou lente. Lorsque l'oreillette est relâchée de nouveau et non jusqu'alors, on voit le ventricule s'élever soudain sur la base, raccourcir ses fibres et expulser le contenu. Après l'accomplissement de la systole, qui est indiqué par la couleur pâle, la diastole se fait observer : elle est marquée par un flux partiel de sang, dénoté par la couleur rouge, et dans cet état le ventricule est en repos pendant un court espace de temps, jusqu'à ce qu'il soit de nouveau stimulé par la contraction de l'oreillette. On peut peut-être objecter que, comme les mouvements étaient très ralentis, ces mouvements étaient *anormaux ;* nous distinguions cependant les mêmes séries à quarante pulsations par minute. Le comité de Dublin a confirmé ces résultats. »

M. Clendinning, rapporteur du comité de Londres (1), fait connaître des expériences dont le résultat a été à peu près semblable, et qu'il expose ainsi qu'il suit : « La première contraction après la pause ou la diastole ventriculaire est observée sur la veine cave ; puis vient immédiatement la contraction des sinus ; puis, sans aucun intervalle, celle de l'appendice de l'oreillette et la systole du ventricule. La diastole ou relâchement de chaque partie se produit, dans le même ordre, dans les veines, l'oreillette et le ventricule. La série des systoles mentionnées se succède si rapidement, qu'à une petite distance elle apparaît comme une seule ondulation commençant à la veine cave, plutôt que comme une série de mouvements indépendants. Dans la diastole, le ventricule est *arrondi, plein, protubérant et foncé en couleur;* mais à l'*arrivée* de la systole, il change rapidement de forme et de couleur, de violet devenant pâle, couleur chair de veau, et de rond et volumineux, devenant visiblement étroit, plus conique et déprimé, étant clairement diminué dans toutes ses dimensions. »

MM. Barth et Roger (2) ont fait de leur côté, de concert avec MM. Pouinet et de Castelnau, des expériences qui les ont conduits à des conclusions semblables, avec cette différence, toutefois, que la réplétion des ventricules pendant ce qu'ils appellent la dilatation ventriculaire, ou diastole, a paru beaucoup moins considérable que dans les expériences des médecins anglais.

Les recherches de M. Parchappe (3) l'ont conduit à des résultats analogues.

On voit donc, d'après ces expériences : 1° que la contraction de l'oreillette ne verserait dans le ventricule que la dernière partie du sang nécessaire pour le dilater ; et 2° qu'une diastole lente aurait lieu pendant le temps qui, selon M. Beau,

(1) *London medical Gazette*, octobre 1840.
(2) *Traité d'auscultation*, 3e édit. Paris, 1850.
(3) *Du cœur, de sa structure et de ses mouvements*. Paris, 1848.

consacré au repos des ventricules. Mais voici comment ce dernier expérimenteur a répondu. Examinant les dimensions des ventricules aux divers temps : il a trouvé que l'augmentation n'avait lieu qu'immédiatement après la contraction de l'oreillette, ce que l'on sent parfaitement en appliquant la pulpe des doigts les deux côtés du cœur, et ce que l'on peut déterminer plus positivement ire à l'aide du compas d'épaisseur; 2° et cette expérience est la plus décisive : t ouvert les ventricules à leur pointe, il a vu qu'au moment de la contraction oreillette, et, par conséquent, au moment où le sang est projeté dans le ventri-, il s'échappe par jets de cette ouverture artificielle, tandis que pendant la pré-ime réplétion lente ou la diastole du ventricule, il ne s'écoule pas une seule tte de liquide.

IM. Barth, Roger, Pounet et de Castelnau, ayant répété deux fois l'expérience L. Beau, qui consiste à couper la pointe du cœur pendant qu'on en examine les ivements, ont vu du sang s'écouler pendant le repos des ventricules, et dans cas même ils disent : « Le sang paraît couler plus fort au moment de la dilata-. » Ces faits sont de nature à nous rendre réservé. Cependant on regrette que expérimentateurs n'aient pas dit explicitement quel est le moment où ils ont pé la pointe du cœur; car si l'organe était fort affaibli lorsqu'ils ont fait cette ction, il ne serait pas étonnant que le ventricule ne s'étant pas vidé parfaite-it pendant la contraction, on l'eût vu à demi plein pendant son repos, ou lais-t échapper du sang lorsqu'on y avait fait une ouverture.

Il nous semble que l'on est parti d'un faux principe en faisant commencer la e des mouvements du cœur par la contraction des ventricules; il est évident que igine de ces mouvements date de la contraction des oreillettes, et peut-être même celle des veines afférentes à ces oreillettes.

IM. Chauveau et Faivre (1) sont les premiers qui aient exprimé cette opinion, qui l'aient soutenue par des expériences rigoureuses. Leurs observations ont été s, avec toutes les précautions les plus minutieuses, sur des chevaux, les seuls naux, parmi les grands mammifères, dont la circulation ne présente pas plus de rante pulsations par minute.

Ces observateurs rappellent d'abord, après tous les autres expérimentateurs, que, s la *diastole*, le cœur est *mou*, *flasque*, *aplati* d'avant en arrière, si l'animal couché sur le dos, et d'un côté à l'autre si le décubitus est latéral; que, dans la *'ole*, il *durcit*, se *creuse* en avant, se couvre de *rides transversales*, et que, s ce mouvement, il se *raccourcit*, en éprouvant un mouvement de *torsion* qui *ve la pointe* et la porte *en avant et à droite*. Mais leurs observations ne se bor-t pas là, et ce qui leur appartient en propre, c'est l'étude du *rhythme* des mou-ients du cœur. « Quand les *oreillettes entrent en contraction*, disent ces au-s, ce qui les distingue surtout, c'est la rigidité qu'elles acquièrent brusquement, que l'on perçoit de la manière la plus ostensible en serrant un appendice entre doigts. On constate de plus un rétrécissement peu marqué de la masse auricu-, un raccourcissement des plus sensibles et des rides transversales et ondu-es à la surface. La systole auriculaire, quoique brusque et rapide, a cependant

(1) *Nouvelles recherches expérimentales sur les mouvements et les bruits normaux du r* (*Gazette médicale*, Paris, 1856).

une durée appréciable. Elle commence évidemment dans les auricules pour [illegible] pager au corps des oreillettes, par une sorte de mouvement péristaltique. [illegible] *systole ventriculaire*, la rigidité et la tension remplacent la flaccidité du tissu [illegible] ventricules. » A ces mouvements succède la diastole générale.

La durée des diverses phases successives d'*une révolution* du cœur peut [illegible] exprimée et notée comme il suit : si l'on bat une *mesure à quatre temps* pendant l'observation, on trouve que la systole auriculaire a la durée d'*une double croche pointée;* la systole ventriculaire, celle d'*une double croche* et d'*une noire;* [illegible] diastole, la valeur de *deux soupirs*.

Les conclusions à tirer de ces observations sont les suivantes. On a presque toujours singulièrement raccourci la durée de la systole des oreillettes, et M. Beau [illegible] même pu avancer qu'il est presque impossible de distinguer le mouvement auriculaire du mouvement ventriculaire, tant la succession est rapide. Or, si les choses se passent ainsi que le disent MM. Chauveau et Faivre, il doit en découler bien des objections à la théorie des mouvements et des bruits du cœur présentée par M. Beau.

Cependant les observateurs que nous citons établissent que, chez l'homme, en raison de la rapidité de succession des mouvements du cœur, on ne peut les compter que par une *mesure à trois temps*, qui serait rhythmée comme il suit : systole auriculaire, *une croche pointée;* systole ventriculaire, *une double croche* et une *noire;* diastole, *un soupir*.

Mais ce qu'il y a de très important à noter dans cette théorie, c'est que les ventricules sont déjà pleins avant la systole auriculaire, et que ce mouvement systolique ne vient y ajouter qu'un excédant qui semble provoquer la systole des ventricules : de là l'impossibilité d'expliquer le premier bruit par l'abord de l'ondée sanguine dans la cavité ventriculaire. De plus, la longue durée de la diastole auriculaire et ventriculaire s'oppose à ce que l'on explique le second bruit du cœur par la brusque dilatation des oreillettes.

Cette courte analyse suffira pour montrer que les observateurs modernes ne partagent pas toutes les opinions de M. Beau sur les mouvements du cœur.]

## ARTICLE IV.

### BRUITS DU CŒUR.

S'il y a eu des discussions sur les mouvements du cœur à l'état normal, il y en a eu bien plus encore sur le siége, les causes et la succession des bruits normaux qui se produisent dans cet organe. Laennec (1), appliquant le premier l'auscultation à l'étude des maladies des voies circulatoires, étudia d'abord les bruits du cœur à l'état normal. Il crut que le premier bruit était dû à la systole ventriculaire, et le second à la systole auriculaire : mais l'examen des mouvements du cœur eut bientôt renversé cette théorie, puisqu'il apprit que la contraction des oreillettes a lieu avant et non après celle des ventricules. M. Turner (2) fut le premier qui, remontant aux expériences de Harvey et de Haller, fit connaître le vice de cette théorie. Il fallut

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, t. III.
(2) *Med. chir. Trans.* Edinburgh, t. III.

donc chercher une autre explication de ces bruits. On en présenta un grand nombre ; le lecteur trouvera dans l'excellent ouvrage de MM. Barth et Roger (1) un tableau où sont exposées les diverses théories proposées dans ces dernières années ; nous nous contenterons de citer les principales.

Nous trouvons d'abord celle du professeur Corrigan, qui attribue le premier bruit au choc du sang contre les parois ventriculaires dans la diastole, et le second à la contraction ventriculaire. En fixant la diastole au premier temps, comme M. Beau, cette explication du premier bruit peut s'accorder avec la théorie des mouvements ; mais il n'en est pas de même si l'on partage l'opinion générale, puisque, dans cette manière de voir, la diastole survient immédiatement après la contraction ventriculaire avec laquelle coïncide le premier bruit. Une réflexion semblable s'applique à la théorie du second bruit.

M. d'Espine (2) attribuait le premier bruit à la contraction du ventricule, et le second à sa dilatation ; mais, d'après ce que nous avons vu plus haut relativement aux mouvements du cœur, l'explication du second bruit ne peut être admise.

Hope trouve la cause du premier bruit dans la tension des valvules auriculo-ventriculaires, l'extension musculaire du ventricule et le bruit rotatoire dû à la contraction des fibres, bruit déjà signalé par Laennec. Quant au second bruit, il serait produit, suivant Hope, par le claquement des valvules sigmoïdes.

Cette théorie ne diffère pas sensiblement de celle qui a été proposée par M. Rouanet (3), d'après d'ingénieuses expériences, et qui a été admise par M. Bouillaud avec quelques additions. Dans cette théorie, le premier bruit est dû au claquement des valvules auriculo-ventriculaires dans la systole, et le second au claquement des valvules sigmoïdes dans la diastole. Tout récemment M. Monneret, dans un mémoire lu à la *Société médicale des hôpitaux*, a placé également les bruits du cœur exclusivement dans le claquement des valvules. M. Bouillaud y a ajouté l'abaissement brusque des valvules sigmoïdes pendant la systole, et l'abaissement des valvules auriculo-ventriculaires pendant la diastole.

Suivant Magendie, les bruits sont dus uniquement aux chocs du cœur contre les parois du thorax ; au choc de la pointe pour le premier bruit, et au choc de la face antérieure pour le second.

M. Beau n'admet qu'une seule cause des bruits, c'est le choc du sang contre les parois des cavités du cœur pendant leur dilatation. Aussi, dans sa théorie, le premier bruit est-il causé par le choc de l'ondée sanguine lancée par l'oreillette sur la surface interne du ventricule, et le second par le choc du sang frappant brusquement les parois auriculaires.

M. Williams admet deux causes diverses pour les deux bruits : la contraction musculaire des ventricules produisant le premier, et le choc du sang contre les valvules sigmoïdes donnant lieu au second. La théorie du comité de Dublin est la même, sauf qu'au premier bruit il faut ajouter le frottement du sang sur les parois ventriculaires, et au second la brusque tension des valvules semi-lunaires.

Telles sont, parmi les nombreuses théories émises sur ce sujet, celles qui se disputent les opinions des médecins. Comment se prononcer dans un tel conflit d'ex-

(1) *Traité d'auscultation*, 5e édition. Paris, 1858.
(2) *Archives gén. de méd.*, 1re série, t. XXVI.
(3) *Thèse*. Paris, 1832, n° 252.

plications diverses ? En ayant égard à ce qui a été dit plus haut sur les mouvements du cœur, on peut exclure, en tout ou en partie, certaines théories que nous avons déjà indiquées. Mais il en est d'autres, telles que celles de Hope, de MM. Rouanet, Beau, Williams, etc., qui s'accordent très bien avec la théorie des mouvements que nous avons admise et qui est fondée sur l'expérience. Il est très difficile d'avoir une opinion bien arrêtée sur elles, ce qui dépend de ce que les faits sont très complexes, les expérimentateurs n'ayant pas pu placer les sujets de leurs expériences dans les conditions nécessaires pour arriver à un résultat bien positif.

MM. Barth et Roger, trouvant dans les expériences des divers auteurs plusieurs points qui leur paraissent démontrés, ont cru devoir rassembler les diverses causes fondées sur ces expériences pour en former les causes complexes des deux bruits du cœur. Ainsi ils admettent comme causes du premier bruit : 1° la contraction musculaire des ventricules ; 2° l'impulsion du cœur contre le thorax ; 3° la tension brusque des valvules mitrale et tricuspide, la collision du sang contre ces valvules, le choc réciproque de leurs faces correspondantes ; 4° la collision moléculaire du liquide sanguin, comprimé et poussé vers les orifices ; 5° le frottement du sang contre les parois ventriculaires, surtout au niveau des ouvertures qu'il traverse. Et, comme causes du second bruit, ils reconnaissent : 1° la dilatation ventriculaire et la collision du sang qui afflue dans les ventricules ; 2° la tension brusque des valvules sigmoïdes ; 3° le choc en retour sur leur face supérieure des colonnes de sang lancées dans les artères aorte et pulmonaire. Toutefois ces deux auteurs se hâtent de reconnaître que ces divers éléments ne concourent pas dans la même proportion à la production des bruits.

Les expériences de MM. Chauveau et Faivre sont entièrement favorables à la théorie de M. Rouanet.

---

# CHAPITRE II.

## MALADIES DE L'ENDOCARDE.

Il en est du cœur comme des autres organes, les affections de ses divers tissus n'ont été bien étudiées que dans ces derniers temps. Il fallait que l'anatomie générale, si brillamment fondée par Bichat, vînt éclairer la pathologie, pour que l'observation, qui s'exerçait jusque-là sur les maladies complexes d'un organe considéré dans son ensemble, distinguât enfin les unes des autres les lésions simples des divers tissus. Les tissus membraneux, plus difficiles à isoler, devaient surtout se ressentir de ces progrès de l'anatomie. Aussi les maladies de l'endocarde, primitivement confondues avec les autres affections du cœur, ont-elles commencé à fixer plus spécialement l'attention de Corvisart ; puis leur étude est devenue peu à peu plus complète, et chaque jour encore lui fait faire de nouveaux progrès. Ces réflexions feront comprendre pourquoi, dans le cours de ce chapitre, les recherches ne remonteront guère au delà de l'auteur que nous venons de citer.

## ARTICLE I.

### ENDOCARDITE AIGUE.

…cherches un peu sérieuses sur cette maladie sont d'une date toute récente. …a trouve-t-on une mention dans l'ouvrage de Corvisart (1). Kreysig (2) …nec (3) n'entrent pas dans de plus grands détails. C'est M. Bouillaud …remier, a étudié la maladie sous tous ses points de vue et en a rapporté de …ions complètes (4). Plusieurs auteurs, et en particulier MM. Simonet (5), …re (6), Hope, Grisolle, etc., ont cité des faits où l'existence de cette affec- …lémontrée. Nous avons rassemblé autant que possible les observations les …tes, et nous allons, dans l'article qui suit, donner le résultat de leur exa- …t en reconnaissant que, malgré les recherches récentes, l'endocardite aiguë …e une des maladies les moins bien connues du cadre nosologique.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

…me le nom d'*endocardite* à l'inflammation de la membrane interne du …s quelque point des cavités qu'elle se montre.

…maladie a été désignée par M. Simonet sous le nom de *cardite partielle*. … donne celui d'*endocarditis*, ou *inflammation of the internal membrane* …*art*.

…t M. Bouillaud, cette maladie serait *très fréquente*. Il pense, en effet, …e développe dans le plus grand nombre des maladies fébriles très intenses. Laennec, au contraire, ce serait une maladie fort rare. C'est une question …sera permis de résoudre qu'après avoir apprécié la valeur des diverses …dmises par les auteurs. On peut se prononcer avec plus de confiance sur …ence *relative* de l'endocardite primitive et de l'endocardite secondaire. …nière, en effet, est extrêmement rare; presque tous les cas qui ont été …partiennent à la seconde, ainsi que nous allons le voir en étudiant les

#### § II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

…ait inutile de chercher dans les observations des renseignements très précis …fluence des diverses conditions d'*âge*, de *sexe*, de *tempérament*, de *con*- …s, dans la production de l'endocardite. En réunissant 28 observations em- …s à MM. Bouillaud, Hope, Grisolle, et qui peuvent se rapporter à l'état …a trouve qu'il y a un même nombre de femmes que d'hommes : 14. Quant …tres circonstances, nous ne pouvons rien tirer de positif de l'étude des faits.

…*ssai sur les maladies du cœur*, 3e édit. Paris, 1818.
…*ie Krankheit. des Herzens*. Berlin, 1814.
…*raité de l'auscultation médiate*, 3e édit., t. III, p. 200.
…*raité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841, t. II.
…*ur la cardite partielle et générale*, thèse. Paris, 1824.
…*ssai sur l'endocardite aiguë*, thèse. Paris, 1836.

Il n'en est pas de même relativement aux *affections dans le cours desquelles se développe l'endocardite.* Si, en effet, nous examinons sous ce point de vue les observations, nous trouvons dans 21 cas cités par les auteurs, qu'elle s'est développée dix-neuf fois dans le cours d'une maladie fébrile. Le *rhumatisme articulaire aigu* est, de toutes les affections, celle qui produit le plus souvent l'endocardite; 9 fois, en effet, dans ces 21 cas, c'est dans son cours qu'elle a pris naissance; vient ensuite la *pneumonie.* La *phlébite*, la *gangrène*, un *abcès de l'abdomen*, une *néphrite*, les *fièvres éruptives*, sont des affections pendant lesquelles elle s'est quelquefois développée. Dans un cas il n'existait qu'une *hypertrophie du cœur*, et dans un autre une *phthisie tuberculeuse.* Les recherches récentes du docteur Latham (1), faites sur un nombre plus considérable de sujets, confirment ces conclusions. Il suit de là que l'endocardite ne doit être considérée, dans la très grande majorité des cas au moins, que comme une simple complication dont nous apprécierons plus loin l'importance. On a cité quelques faits d'endocardite qui se seraient montrés dans le cours d'une *fièvre typhoïde;* mais l'examen des observations ne m'a point permis de regarder leur existence comme parfaitement démontrée; car les lésions trouvées dans l'endocarde paraissaient avoir préexisté aux lésions de la fièvre typhoïde.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles de l'endocardite aiguë sont entièrement inconnues. On a dit, il est vrai, que ces causes étaient les mêmes que celles de la péricardite, et qu'elles consistaient principalement dans un refroidissement brusque, le corps étant en sueur; mais cette assertion ne se trouve pas confirmée par les observations. On y voit quelquefois la maladie primitive rapportée à un refroidissement brusque; mais on ne peut y découvrir pourquoi chez certains sujets, plutôt que chez d'autres placés dans les mêmes conditions, il s'y joint une endocardite. Il faudrait, pour que l'existence de ces causes fût démontrée, qu'un nouveau refroidissement, un nouvel *arrêt de la transpiration* eût lieu peu de temps avant l'apparition de l'endocardite, et c'est ce qu'on n'observe pas. C'est donc là un sujet de recherches qui doit attirer l'attention des observateurs.

§ III. — Symptômes.

On chercherait en vain, dans les auteurs qui ont écrit avant ces dernières années, une histoire exacte de l'endocardite. Jusqu'à M. Bouillaud, en effet, on a enveloppé dans une seule et même description l'inflammation du tissu propre du cœur et celle de sa membrane interne. Corvisart ne croyait pas que cette dernière pût être enflammée isolément, ou du moins il regardait ce fait comme extrêmement rare. Laennec partageait cette manière de voir; aussi ne s'est-il pas occupé d'une manière spéciale de l'affection dont il s'agit. Quant à Kreysig et aux auteurs plus anciens, ils ont exposé dans un même article, non-seulement l'inflammation du tissu musculaire du cœur et de sa membrane interne, mais encore celle du péricarde. Il est évident que, dans l'état actuel de la science, ces descriptions seraient

(1) *Lectures on subj. connect. with clin. med.* London, 1845.

plutôt une source d'erreurs que de renseignements utiles. Consultons donc, parmi les observations des modernes, celles où l'inflammation est restée bornée à l'endocarde.

Le *début* de l'endocardite ne présente rien de particulier, si ce n'est que dans plusieurs cas où la maladie primitive semblait s'amender, son apparition a donné lieu à des symptômes de recrudescence. La maladie une fois confirmée, voici ce qu'on a noté :

La *douleur*, suivant M. Bouillaud, manque le plus souvent, et n'existe guère que dans les cas où il y a complication de péricardite et de pleurésie. L'étude de 33 observations empruntées aux divers auteurs, et réunies dans le but d'apprécier les symptômes, nous apprend que cette assertion est exacte, puisque deux fois seulement il a existé, à la région précordiale, une douleur peu vive qu'on pouvait attribuer à l'inflammation de l'endocarde. Dans ce cas, l'endocardite n'était pas plus intense que dans les autres.

On a parlé d'une *voussure* à la région précordiale comme un signe appartenant en partie à l'endocardite ; mais, comme le fait remarquer M. Bouillaud lui-même, qui attache quelque importance à cette voussure, elle ne se manifeste que dans les cas où il y a complication de péricardite, ce qui démontre que c'est uniquement à cette dernière qu'il faut la rapporter.

Suivant M. Bouillaud, il existerait à la région précordiale une *matité* qui varierait de 11 à 14 centimètres carrés ; mais je n'ai point trouvé, dans les cas d'endocardite aiguë, de matité qui s'élevât au-dessus de 13 centimètres carrés. Nous verrons si, dans l'endocardite chronique, il en est autrement. Dans les cas où la matité est très étendue, elle est due à une complication de péricarde, et dépend entièrement de l'accumulation de sérosité dans le péricarde. Rien ne prouve donc qu'une matité étendue soit un signe appartenant en propre à l'endocardite aiguë.

Les *battements* du cœur sont regardés comme fournissant des signes très importants dans cette affection ; mais malheureusement on ne trouve pas très souvent, dans les observations, leur état indiqué d'une manière précise ; il n'en est question, en effet, que dans 12 cas sur les 33 que j'ai rassemblés. Dans presque tous ces cas, l'*impulsion* était forte, la paroi antérieure du thorax était soulevée fortement et dans une étendue assez considérable. Deux fois, en appliquant la main sur la région précordiale, on sentait un *frémissement vibratoire* assez marqué. Dans un cas, l'impulsion est déclarée nulle, et dans un autre il est dit simplement qu'il y avait des palpitations. La régularité des battements n'a point été convenablement étudiée, en sorte qu'il n'est point permis de se prononcer sur ce point. Dans un cas, on a remarqué que la pointe du cœur battait en dehors du mamelon, et c'est le seul qui fasse mention de cette particularité, qui néanmoins peut avoir de l'importance.

Si à cette description des battements nous joignons celle du *pouls*, qui doit naturellement la suivre, nous voyons qu'il importe de distinguer son état au commencement et à la fin de la maladie. A une époque rapprochée du début, le pouls s'est, en effet, montré, dans le petit nombre de cas où il a été examiné avec soin, fort, dur, et assez fréquent. Vers la fin, au contraire, il est devenu petit, misérable, intermittent, sans perdre de sa fréquence, ou plutôt en en acquérant une plus grande, et en s'élevant jusqu'à 130 pulsations. M. Simonet croit avoir découvert un signe

particulier du pouls correspondant à l'inflammation de la partie de l'endocarde qui recouvre l'orifice ventriculo-aortique. Ce signe consiste dans la sensation d'un frottement qui pourrait faire croire que l'artère donne passage à des globules résistants plutôt qu'à un liquide.

L'*auscultation*, appliquée à l'étude de cette maladie, n'a pas, dans un grand nombre de cas, donné de résultats satisfaisants. Si, en effet, on a soin de distinguer l'endocardite aiguë des altérations valvulaires dont la date est ancienne, qui sont un simple résultat de cette inflammation et non cette inflammation elle-même, on voit qu'à peine, dans un très petit nombre de cas, on trouve un ou deux signes stéthoscopiques qu'on puisse lui rapporter avec probabilité. Ainsi 7 fois seulement sur 33 cas d'endocardite aiguë, je trouve les bruits du cœur mentionnés. Dans un cas, ils étaient étouffés; dans 4 il y avait un bruit de souffle correspondant au premier bruit chez trois sujets, et double chez le quatrième. Chez un d'eux, le bruit de souffle était mêlé d'un bruit de râpe. Dans les cas où le souffle existait au premier temps, les altérations avaient lieu principalement au niveau de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, et se produisaient au moment où le sang était lancé de l'oreillette dans la cavité ventriculaire. Chez deux autres sujets, il existait un bruit de râpe et un sifflement. M. Cazeneuve a noté un *tintement métallique* qui avait déjà été signalé par M. Bouillaud (1).

En même temps qu'on observe ces symptômes du côté du cœur, on en remarque assez souvent d'autres du côté des voies respiratoires. Malheureusement les observateurs ont encore négligé fréquemment de décrire l'*état de la respiration*; mais dans 11 cas où il a été noté, nous ne trouvons la respiration libre qu'une seule fois. Dans les autres, elle était plus ou moins gênée, fréquente, avec oppression et étouffement.

Il est difficile de dire si le mouvement fébrile qui existait dans le plus grand nombre des cas dépendait en tout ou en partie de l'inflammation de l'endocarde, ou s'il lui était entièrement étranger. On peut admettre que l'apparition d'une nouvelle inflammation a simplement donné une impulsion nouvelle à la *fièvre* déjà existante, car, dans certains cas de rhumatisme articulaire, on a pu assez bien constater ce fait. Ce que nous disons du mouvement fébrile s'applique également aux *convulsions*, à l'*assoupissement*, au *délire*, qu'on a observés dans un petit nombre de cas, et qui ne paraissent avoir qu'un rapport très éloigné avec l'endocardite.

Le *décubitus* ne présente rien de remarquable. Cependant, dans une des observations rapportées par M. Simonet, on voit que le malade était obligé de se coucher sur le côté droit. L'état du *tube digestif* n'offre rien qu'on puisse rapporter à l'endocardite.

Tels sont les symptômes de cette maladie. On voit combien ils sont obscurs et peu constants. Non-seulement ils ne se sont trouvés jamais qu'en petit nombre dans les divers cas soumis jusqu'à présent à notre observation, mais encore ils ont pu le plus souvent être rapportés à une autre affection qu'à l'endocardite. Il est donc bien à désirer que cette affection soit étudiée avec méthode et persévérance, car les difficultés de cette étude sont très grandes.

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841, 2 vol. in-8.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'endocardite ne présente rien de remarquable, si ce n'est que la maladie va ordinairement toujours croissant, surtout lorsqu'il s'est formé un obstacle au niveau d'un des orifices du cœur.

Quant à la *durée*, on voit, d'après les observations, qu'elle est généralement courte dans les cas où la maladie se termine par la mort. Elle n'a pas, en effet, dépassé six jours. Toutefois elle n'a pu être appréciée que dans un très petit nombre de cas. Dans ceux où les malades ont guéri, nous ne trouvons que deux fois la durée précisée; elle est de onze à vingt jours.

Il est également très difficile d'apprécier la terminaison de l'endocardite; on le conçoit facilement, lorsqu'on se rappelle que cette affection n'existe presque jamais à l'état de simplicité, et qu'elle vient en compliquer une autre plus grave. Cependant on peut accorder une assez grande importance à l'endocardite comme cause de mort; car : 1° nous savons qu'une maladie, quelque légère qu'elle soit en apparence, lorsqu'elle vient en compliquer une autre, ajoute à celle-ci une très grande gravité; et 2° dans les cas où l'on a pu constater rigoureusement l'apparition de l'endocardite, on a vu qu'en effet l'affection à laquelle elle vient s'adjoindre augmente aussitôt d'intensité, et fait dès ce moment des progrès vers une terminaison fatale, alors même qu'elle avait semblé auparavant marcher rapidement vers la guérison. Dans 26 cas assez détaillés, nous trouvons que la terminaison a été fatale 20 fois; qu'il n'y a eu une guérison complète que dans 3 cas, et que dans les 3 autres, les malades sont restés avec quelques symptômes du côté du cœur qui faisaient craindre pour l'avenir.

Suivant Hope, la maladie se termine ordinairement en huit jours, et s'il reste encore quelques symptômes locaux, on peut être presque certain qu'elle passera à l'état chronique.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un grand soin; mais à ce sujet il faut établir une distinction capitale qui n'a pas été faite ordinairement par les auteurs. On trouve en effet, dans les traités des maladies du cœur, une description générale, ou plutôt une réunion de toutes les descriptions des lésions qui se rapportent à l'endocardite aiguë, de celles qui sont dues à une endocardite chronique, de celles qui sont le simple résultat d'une endocardite aiguë qui a disparu, mais qui a laissé après elle des traces ineffaçables, et enfin de celles qui se développent pour ainsi dire spontanément dans l'intérieur du cœur, et qu'on ne peut guère, ainsi qu'on le verra plus tard, rapporter qu'à une cartilaginification ou à une ossification due aux progrès de l'âge. Cette manière de présenter les faits introduit nécessairement dans les descriptions une confusion qui ne permet plus de s'y reconnaître. Nous n'allons donc nous occuper ici que des lésions qu'on peut exclusivement rapporter à l'endocardite à l'état aigu.

La rougeur de la membrane interne du cœur a d'abord fixé l'attention, et à ce sujet il s'est élevé quelques discussions qui ont de l'importance. Le cœur contenant du sang avec lequel sa membrane interne est toujours en contact, il en résult

que la surface interne de cet organe peut être colorée en rouge par ce liquide; de telle sorte qu'il est assez difficile de distinguer cette coloration de celle qui est due à une véritable inflammation. On connaît les expériences qui ont été faites par Laennec, MM. Andral, Trousseau, etc.; or il résulte de ces expériences qu'une coloration uniforme, siégeant surtout dans les parties les plus déclives, pénétrant au-dessous de la membrane interne comme par imbibition et sans altération du tissu, doit être regardée comme un effet cadavérique. Cependant il est des faits de ce genre que plusieurs auteurs ont cités comme des cas d'endocardite; mais on doit les regarder comme au moins très douteux. La teinte que prend l'endocarde est très variable : M. Bouillaud l'a vue d'une couleur vive, rosée, écarlate, violette et même brunâtre, et il a constaté que ces diverses colorations étaient toujours plus intenses au niveau des valvules. Il a remarqué aussi que la coloration anormale ne pénétrait pas au-dessous de la membrane interne, et ne disparaissait pas par le simple lavage, mais seulement par une macération prolongée.

L'*épaississement* et le *ramollissement* de la membrane interne du cœur ont été notés dans la plupart des observations de M. Bouillaud. Quelquefois, au lieu d'un ramollissement, il y avait une fragilité plus grande de l'endocarde. M. Cazeneuve a vu des cas où la membrane se détachait très facilement du tissu sous-jacent, auquel elle était unie par un tissu cellulaire très ramolli. Presque tous les auteurs ont cité un état particulier de la membrane interne du cœur, qui présente des *ulcérations* plus ou moins nombreuses; mais on ne trouve pas d'observations bien détaillées de cette altération remarquable, dont Th. Bonet, Morgagni, Corvisart avaient déjà présenté des exemples, et dont M. Bouillaud cite une observation abrégée. Ces ulcérations sont ordinairement superficielles; lorsqu'il existe de profondes déperditions de substance, la maladie a été ordinairement causée par un abcès du tissu propre du cœur.

Comme dans les autres maladies des membranes à texture séreuse, il peut se former à la surface de l'endocarde des concrétions de forme variable et plus ou moins épaisses, qui, lorsqu'elles sont situées à l'un des orifices, gênent le cours du sang et donnent lieu aux bruits anormaux signalés plus haut : ainsi on a trouvé des pseudo-membranes plus ou moins adhérentes, parvenues à un degré d'organisation plus ou moins avancé, et se séparant de l'endocarde, qui ne présentait aucune solution de continuité au-dessous d'elles. Kreysig (1) en cite plusieurs exemples empruntés à divers auteurs. Il faut savoir distinguer de ces fausses membranes, dues à une inflammation aiguë, l'épaississement et l'opacité qui surviennent dans différentes parties de l'endocarde à mesure qu'on avance en âge, et qui ont été si bien étudiés par M. Bizot. D'autres fois les concrétions sont irrégulières, friables, semblables à de petits grains agglomérés, intriquées dans les tendons et les fibres musculaires, adhérentes à la membrane interne, offrant une couleur blanche ou légèrement rosée. M. Grisolle (2) en a rapporté un exemple très remarquable.

On a beaucoup discuté pour savoir si la coagulation du sang dans les cavités du cœur était due ou non à l'endocardite. Dans la plupart des maladies aiguës, et principalement dans la pneumonie et le rhumatisme articulaire, on trouve dans le cœur

(1) *Loc. cit.*, 2ᵉ partie, sect. I, chap. III.
(2) *Journal hebdomadaire*, t. II, p. 44.

gros caillots polypiformes et décolorés. Lors donc que, dans un cas d'endocardite, il existe des caillots de ce genre, on ne saurait les attribuer à cette maladie. Il n'en est pas de même lorsque les caillots présentent, non une simple intrication, mais une adhérence réelle aux parois du cœur, et lorsqu'ils sont arrivés à un certain degré d'organisation. Il est alors permis d'admettre l'existence d'une endocardite.

Il est fort rare qu'on rencontre du pus libre dans les cavités du cœur. D'après M. Bouillaud, le fait peut avoir existé quelquefois, mais nous n'en avons pas trouvé d'exemples dans les observations. Dans quelques cas, on a trouvé du pus au centre même d'un caillot intriqué dans les tendons des valvules, et, dans ces cas, les lésions de la membrane interne dues à l'inflammation devaient faire admettre que le pus avait été excrété par elle et enveloppé ensuite dans un caillot. On s'est demandé, à cette occasion, si le pus ne se serait pas produit dans le caillot lui-même; mais c'est là une question d'anatomie pathologique qui nous entraînerait au delà de nos limites.

Une des lésions les plus graves par ses conséquences, et, par suite, une des plus importantes à considérer, est l'*adhérence* morbide de certaines parties du cœur qui doivent rester mobiles pour l'accomplissement normal de la circulation. C'est ainsi qu'on a vu une partie plus ou moins étendue des valvules auriculo-ventriculaires devenir adhérente aux parois des ventricules, les valvules de l'aorte adhérer entre elles par leurs bords voisins et quelquefois par leurs extrémités opposées, et la même lésion se produire dans les valvules auriculo-ventriculaires. Quoique ces lésions se montrent bien plus fréquemment dans les maladies chroniques du cœur, alors que l'endocardite aiguë a depuis longtemps disparu, on ne peut s'empêcher de les rapporter, au moins pour la plupart, à cette affection, d'autant plus qu'on les a observées aussi dans des cas récents, quoique à un degré moins avancé; mais c'est un point sur lequel nous aurons à revenir plus tard.

Telles sont les lésions qu'on peut rapporter à l'endocardite aiguë. Ajoutons qu'elles siégent le plus souvent aux environs des orifices et au niveau de ces orifices eux-mêmes. Elles pourraient, nous le répétons, être confondues avec certains états de la membrane interne du cœur dus aux progrès de l'âge. C'est ainsi que quelquefois on a regardé comme un épaississement morbide le développement remarquable qui se fait naturellement dans la membrane interne de l'oreillette gauche, et qui, joint à une opacité notable et à la facilité avec laquelle on peut y produire deux ou trois feuillets, la fait différer considérablement de la membrane interne de l'oreillette droite. Il en est de même des taches laiteuses dont nous avons déjà parlé.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

Si l'on se rappelle le peu de constance des principaux symptômes, on ne sera pas étonné de trouver pour l'endocardite aiguë un diagnostic très difficile et très obscur. De tous les symptômes qui ont été indiqués, il n'en est, en effet, aucun qui caractérise la maladie : d'où il suit qu'on peut arriver, dans le diagnostic de l'endocardite aiguë, à des probabilités plus ou moins grandes, mais qu'on ne saurait écarter toutes les causes d'incertitude. Cependant M. le docteur Munk (1) a

(1) *The Lancet*, octobre 1846.

avancé que cette maladie est une forme fréquente des maladies du cœur, qu'elle est le point de départ des maladies des valvules et des hypertrophies ; que son diagnostic est facile, et que le traitement dirigé contre elle, lorsqu'elle est récente, peut couper court aux accidents. L'objection qu'on peut faire à M. Munk, c'est qu'il n'est nullement certain que la maladie ait commencé, dans les cas qu'*il* cite, aux époques indiquées dans les observations, et que dès lors toutes les conséquences qu'il a tirées des faits qu'il a observés sont attaquables. Relativement aux altérations des valvules en particulier, les recherches de M. Bizot prouvent que bien souvent on peut attribuer à une cause accidentelle les lésions préexistantes qui s'étaient développées spontanément. Voici comment on devra procéder dans ces cas embarrassants.

Si, dans le cours d'une maladie aiguë, il survient vers la région du cœur, soit une douleur, soit un malaise quelconque ; si le sujet éprouve une certaine anxiété, et si en même temps la fièvre, qui semblait s'apaiser, prend une nouvelle intensité, on pourra soupçonner l'apparition d'une endocardite. Si la matité précordiale restant la même, ou n'étant augmentée que faiblement, on constate une augmentation notable de l'impulsion, avec bruit sourd et parfois irrégulier ; si surtout on entend un bruit de souffle ou de râpe, sans qu'il y ait aucun signe de péricardite, on acquerra de plus grandes probabilités sur l'existence d'une inflammation de l'endocarde.

Hope a établi une distinction entre les cas où, malgré l'existence de l'endocardite, la circulation reste libre, et ceux où elle est embarrassée par la formation des diverses productions décrites plus haut. Dans le premier cas, suivant cet auteur, l'action du cœur est forte, violente, et cause un ébranlement du côté gauche. Le pouls est régulier, fort, plein et dur, excepté chez les sujets nerveux ; il est en même temps saccadé, et produit quelquefois ce frémissement des artères déjà signalé par M. Simonet, ce qui, suivant Hope, est dû à la *régurgitation* aortique. Enfin, en même temps que ces signes se montrent, il n'y a ni coloration rouge, ni bouffissure de la face, ni œdème, ni froid des extrémités. Dans les cas, au contraire, où il y a un obstacle au cours du sang, on trouve ces derniers signes, et de plus il y a un état irrégulier du pouls, les bruits du cœur sont étouffés, etc. Plusieurs raisons s'opposent à ce qu'on admette sans restriction ce diagnostic de Hope : d'abord il est à remarquer que cet auteur a traité, dans un seul et même article, de l'endocardite aiguë et de l'endocardite chronique, ce qui a été malheureusement fait aussi par plusieurs autres auteurs, et ce qui jette beaucoup de confusion dans l'histoire de cette maladie ; en second lieu, Hope n'a point fait de relevés d'observations, et l'on trouve plusieurs faits qui pourraient entrer aussi bien dans l'un que dans l'autre des deux groupes qu'il a formés. Reconnaissons donc que le diagnostic de l'endocardite a besoin, pour acquérir un degré suffisant de précision, de recherches nouvelles et plus rigoureuses.

Si ce diagnostic est difficile relativement à l'endocardite considérée d'une manière générale, il l'est bien plus encore lorsqu'il s'agit de déterminer le point où siége l'inflammation. On ne peut guère y parvenir que dans les cas où il y a, à l'un des orifices, un obstacle mécanique au cours du sang. Alors les bruits de souffle qui se produisent peuvent servir à cette détermination. Si le bruit de souffle ou de râpe se fait entendre *un peu avant* le premier bruit, qu'il accompagne ensuite,

t admettre l'existence d'un obstacle à l'orifice auriculo-ventriculaire. S'il a
ement même du premier bruit, il est dû à un rétrécissement de l'orifice
. S'il se produit *pendant le second* bruit, on doit admettre l'existence d'une
ce artérielle due à une inflammation intense des valvules qui leur ôte
lasse, ce qui permet au sang de refluer dans le ventricule. M. Charcellay
es exemples de ce fait dont la possibilité avait été admise par mon ami le
A. Guyot.

au côté dans lequel se trouve la lésion, il serait, quoique nous en ayons
ifficile de le soupçonner, si l'on ne savait que dans presque tous les cas
ation occupe les cavités gauches du cœur. Le lieu dans lequel se produi-
ruits n'est pas, en effet, suffisant pour qu'on puisse d'après lui diagnos-
siége précis de l'endocardite; c'est, au reste, une question sur laquelle
ns à revenir.

nostic *différentiel* de l'endocardite présente moins de difficultés, parce
eut y parvenir par voie d'exclusion. Ce n'est guère qu'avec la péricar-
rdite, les palpitations nerveuses et l'hypertrophie du cœur, qu'on pourrait
re; voyons comment on parviendra à distinguer ces diverses affections.
*péricardite*, nous trouvons une voussure qui manque presque toujours,
t toujours, dans l'endocardite; une matité très étendue, plus étroite en
n bas, ou, en d'autres termes, *pyriforme;* l'éloignement des bruits du
ar suite leur faiblesse; l'absence ou l'éloignement de la respiration dans
ndue de la région précordiale et au delà, et de plus la douleur, quel-
ble il est vrai, due à l'inflammation de la membrane séreuse. Dans l'en-
les battements sont superficiels et souvent violents; la matité est peu
non pyriforme, et la douleur presque toujours nulle. Le bruit de râpe
rve à la région précordiale dans la péricardite est superficiel et ordinai-
ble, en un mot, la plupart des signes qui caractérisent ces deux ma-
rent sensiblement.

recherchérons si l'on peut distinguer l'endocardite de la cardite qu'après
connaître ce que nous savons sur cette dernière maladie, afin que l'on
t points de comparaison présents à l'esprit.

cas où il surviendrait une affection fébrile chez un sujet affecté de *palpi-
veuses*, on conçoit qu'au premier abord on pourrait croire à l'existence
ocardite; mais les antécédents, l'état anémique ou chlorotique dans
rouve souvent le malade, l'existence de ces palpitations au début même
lie, viendraient éclairer le diagnostic, quoique, il faut le reconnaître, ce
ût pas d'être fort embarrassant.

cultés ne sont plus les mêmes lorsqu'il s'agit de distinguer l'endocardite
e *hypertrophie du cœur*, présentée par un sujet atteint en même temps
die fébrile. Ici l'existence des symptômes antérieurs, l'étendue de la
symptômes secondaires, tels que la coloration de la face, l'œdème des
sont de quelques secours pour le diagnostic.

, il faut le répéter encore, ce diagnostic de l'endocardite aiguë offre la
obscurité, et M. Bouillaud, qui s'en est le plus particulièrement oc-
onnu lui-même que les données ne sont pas encore suffisantes pour
ne manière solide.

## TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

### 1° *Signes positifs de l'endocardite aiguë.*

Survient ordinairement *dans le cours d'une maladie aiguë*.
*Malaise*, *douleur* à la région précordiale ; *anxiété*.
Matité du cœur *peu étendue*, non *pyriforme*.
*Augmentation notable* de l'impulsion.
Bruits *sourds*, battements parfois *irréguliers*.
*Bruit de souffle* ou de *râpe*.

### 2° *Signes servant à diagnostiquer le siége précis de l'endocardite ai*

Bruit de souffle et de râpe *avant et pendant le premier temps* (obstacle à l'orifice ventriculaire).
Bruit de souffle et de râpe *pendant le premier temps* (rétrécissement de l'orifice a
Bruit de souffle *au second temps* (insuffisance artérielle).

### 3° *Signes distinctifs de l'endocardite aiguë et de la péricardite avec épan considérable.*

| ENDOCARDITE AIGUE. | PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT CONSI |
|---|---|
| Matité *peu étendue*, non *pyriforme*. | Matité *étendue*, *pyriforme*. |
| Impulsion *forte*. | Impulsion *faible* ou *nulle*. |
| Bruits du cœur *voisins de l'oreille*. | Bruits du cœur *éloignés de l'oreill* |
| Douleur presque toujours *nulle*. | Douleur fréquemment *assez vive*. |
| Bruit de souffle *profond*. | Bruit de souffle *nul*. |

### 4° *Signes distinctifs de l'endocardite aiguë et de la péricardite sèc*

| ENDOCARDITE AIGUE. | PÉRICARDITE SÈCHE. |
|---|---|
| Douleur *nulle* (signe douteux). | Douleur souvent *assez vive*. |
| Bruit de souffle *profond* simple. | Bruit de frottement, de râpe, ou ment vibratoire *superficiel parfois* |
| Oppression, gêne de la circulation *plus considérable* (Bouillaud). | Oppression, gêne de la circulati *considérable*. |

Ce dernier diagnostic est, de l'aveu de tous les auteurs, fort douteux. pas, en effet, un seul des signes que nous venons d'indiquer qui caracté faitement l'une des deux maladies.

### 5° *Signes distinctifs de l'endocardite aiguë et des palpitations nerveu un sujet affecté d'une maladie fébrile.*

| ENDOCARDITE AIGUE. | PALPITATIONS NERVEUSES CHEZ UN SUJ UNE MALADIE FÉBRILE. |
|---|---|
| *Point* de palpitations *avant l'affection actuelle*. | Palpitations *avant la maladie actu* |
| Troubles du cœur survenus *dans le cours de la maladie*. | Troubles du cœur au *début même* la*die*. |
| *Ni anémie*, *ni chlorose*. | *Anémie*, *chlorose*, etc. |

Ce diagnostic peut, dans certains cas, présenter de grandes difficultés.

*6° Signes distinctifs de l'endocardite aiguë et de l'hypertrophie du cœur chez un sujet affecté d'une maladie fébrile.*

| ENDOCARDITE AIGUE. | HYPERTROPHIE DU COEUR CHEZ UN SUJET AYANT UNE MALADIE FÉBRILE. |
|---|---|
| *Point* de troubles du cœur *avant la maladie actuelle.* | Troubles du cœur *avant la maladie actuelle.* |
| Matité *peu étendue.* | Matité *plus étendue.* |
| Coloration de la face, *ordinaire.* | Coloration *rouge* ou *violacée* de la face (signe douteux). |
| *Pas d'œdème* des extrémités. | *Œdème* des extrémités. |

*Pronostic.* — L'inflammation de l'endocarde étant très peu étendue, il semble, au premier abord, qu'elle ne doit avoir qu'une très faible gravité ; mais si l'on considère qu'elle survient ordinairement dans le cours d'une autre maladie fébrile grave, on doit nécessairement changer d'avis, car on sait qu'une nouvelle affection inflammatoire s'ajoutant à une maladie sérieuse, lui apporte un degré de gravité nouveau, et bien plus élevé qu'on ne pourrait le supposer, d'après l'étendue et la profondeur des lésions. D'un autre côté, si l'on a égard aux résultats consécutifs de l'endocardite, on ne peut s'empêcher de lui reconnaître une gravité réelle ; car, ainsi que nous le verrons plus tard, elle donne lieu à des altérations organiques qui, en gênant le cours du sang, déterminent des maladies chroniques, dont le dernier terme est la mort après de longues souffrances. L'endocardite est donc une des affections qui doivent inspirer le plus de crainte au praticien.

## § VII. — Traitement.

Le *traitement* de l'endocardite aiguë est moins avancé qu'aucune autre partie de l'histoire de cette maladie. A peine si quelques recherches ont été faites sur ce sujet, qui cependant intéresse au plus haut point le médecin. Nous allons présenter rapidement ce que les observations nous ont appris de plus positif.

*Émissions sanguines.* — Les émissions sanguines forment la base du traitement employé par tous les auteurs. Tous recommandent de pratiquer des *saignées abondantes* ; mais aucun n'a insisté plus fortement sur cette nécessité que M. Bouillaud, qui a appliqué à cette maladie sa formule des saignées coup sur coup. Dans six cas rapportés par cet auteur, la guérison a eu lieu. Peut-être, vu les difficultés très grandes du diagnostic, pourra-t-on penser que quelques-uns de ces cas étaient douteux. Cependant ce n'est là qu'une présomption, et d'ailleurs plusieurs de ces faits ne sauraient être révoqués en doute, et ceux-là suffisent pour nous faire admettre que dans l'endocardite aiguë les émissions sanguines très abondantes peuvent avoir un résultat avantageux. Il faut toutefois faire remarquer que M. Bouillaud emploie en même temps la *digitale* à une dose assez élevée, en sorte qu'il est très difficile de savoir quelle est l'efficacité des émissions sanguines en particulier. On peut voir à l'article consacré à la *pneumonie*, le traitement tel que l'emploie M. Bouillaud. Les *sangsues* appliquées à la région précordiale, ainsi que les *ventouses scarifiées*, ont l'avantage, outre les résultats qu'elles produisent sur la perte du sang, d'enlever la gêne, le malaise qui se fait sentir dans cette région.

Des topiques *émollients*, des boissons *adoucissantes* prises en assez grande ab-
dance, complètent le traitement dit antiphlogistique. On n'a peut-être pas
insisté sur l'abondance des boissons dans cette maladie. On conçoit, en effet,
les liquides ingérés dans l'estomac étant absorbés et arrivant en grande partie
le torrent circulatoire, leur abondance pourrait avoir un effet avantageux
liquide sanguin qui a une si grande tendance à se coaguler.

Quelques *révulsifs*, tels qu'un *vésicatoire* sur la région précordiale, des
*pismes,* des *frictions irritantes*, ont été aussi mis en usage; mais on conçoit
faut être très réservé dans leur application, surtout lorsque la maladie prés
haut degré d'acuité; ils pourraient, en effet, ajouter à l'irritation générale, et
duire de mauvais effets.

*Digitale.* — Après les émissions sanguines, la *digitale* est le moyen qui
employé avec le plus de persévérance; nous avons déjà dit que M. Bouillaud
l'avait prescrite dans tous les cas. Le mode d'administration de cette sub
peut varier beaucoup. Krause (2), qui ne distinguait pas suffisamment l'endo
dite de la cardite, a, dans un cas qu'il a désigné sous ce dernier nom, prescri
formule suivante, dans laquelle il a ajouté à la digitale un diurétique et un
mant :

℞ Digitale pourprée.............................. 8 gram.

Faites une infusion avec :

Eau bouillante.................................. 210 gram.

Laissez refroidir et ajoutez à la colature :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nitrate de potasse......... | 8 gram. | Sirop de guimauve............. | 30 gr |
| Eau de laurier-cerise....... | 12 gram. | | |

Dose : une cuillerée à bouche de deux en deux heures.

On peut simplement administrer la digitale en poudre à la dose de 0,10 à 0
gram. dans une potion; ou encore la teinture à la dose de 8 à 20 gouttes, p
gressivement. M. Bouillaud a appliqué la poudre de digitale sur la surface d
vésicatoire placé à la région précordiale; il élève la dose du médicament jusq
0,40 à 0,75 gram.

[Les variations de composition de la digitale ont engagé les praticiens à mettre
usage la *digitaline* d'Homolle et Quevenne, et l'on en a obtenu des effets imp
tants et constants. Ce médicament est administré par granules de 0,001 gra
on peut en donner de un à six par jour.]

*Calomel.* — Hope recommande dans le traitement de l'endocardite les mê
moyens que dans la péricardite; nous indiquerons sa médication lorsqu'il s'a
de cette dernière maladie. Nous dirons seulement ici que cet auteur, comme
reste tous les praticiens anglais, employait le *calomel* dans les cas d'endocard
Kreysig avait déjà prescrit cette substance, qu'il associait à plusieurs autres, te
que le kermès minéral, le nitre et la magnésie.

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 333, t XVI, p. 383.
(2) *De carditide idiopathica acuta.* Berol. 1826.

Il est impossible de dire quel est le résultat de cette médication.

Les *purgatifs* ont été également mis en usage sans qu'il nous soit possible d'apprécier leur degré d'efficacité. Nous ne croyons donc pas nécessaire d'insister ici sur leur emploi.

Nous avons vu que les *diurétiques* ont été unis, dans le traitement de l'endocardite aiguë, aux sédatifs et aux antiphlogistiques; mais comme il n'a été fait aucune recherche exacte dans le but de savoir quels sont leurs effets réels, nous n'avons rien à en dire de positif. On pourrait, dans des cas d'endocardite bien déterminée, mettre en usage les diurétiques à haute dose, comme Laennec le faisait pour la pleurésie. Mais il n'est pas possible de prévoir si le résultat serait aussi avantageux qu'on pourrait l'espérer.

Quelques *bains tièdes* ont été prescrits comme adjuvants dans le traitement de cette affection.

Le *régime* doit être sévère et la diète absolue dans les premiers temps de la maladie. On ne doit accorder des aliments que lorsque tous les symptômes sont notablement amendés, et encore ne doit-on le faire qu'avec de grandes précautions.

### PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE L'ENDOCARDITE AIGUE.

1° Repos absolu du lit.

2° Écarter toutes les causes qui peuvent produire de vives émotions.

3° Éviter les causes de refroidissement.

*Résumé, ordonnances.* — Un simple coup d'œil sur ce qui précède suffit pour montrer qu'on ne doit avoir de confiance réelle que dans l'emploi des saignées et de la digitale ; les autres moyens ont besoin d'être expérimentés de nouveau pour qu'on puisse avoir une opinion arrêtée sur eux. Présentons, dans les deux ordonnances suivantes, le traitement le plus généralement employé.

#### Iʳᵉ Ordonnance.

1° Pour boisson, très légère infusion de mauve ou de tilleul, prise en grande abondance.

2° Saignées larges et répétées, ventouses scarifiées sur la région précordiale; sangsues sur le même point.

3° De 0,10 à 0,15 gram. de digitale dans une potion ou en pilules. — De 1 à 6 granules de digitaline.

4° Entretenir la liberté du ventre par de légers purgatifs.

5° Diète absolue.

#### IIᵉ Ordonnance.

1° Même boisson.

2° Saignées *ut suprà.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3° Nitrate de potasse........ | 4 gram. | Sirop des cinq racines......... | 40 gram. |
| Eau de sureau........... | 200 gram. | | |

Mêlez. A prendre par cuillerées.

4° Calomel à la dose de 0,30 à 0,40 gram.; ou bien le même médicament à
réfractée (0,05 de calomel pour 10 ou 20 grammes de sucre. Diviser en 12
20 prises, une toutes les heures).

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; émollients, adoucissants; révulsifs; digitale; cal
purgatifs; diurétiques.

## ARTICLE II.

### ENDOCARDITE CHRONIQUE.

On n'a admis l'existence d'une endocardite chronique que par analogie et p voie du raisonnement. Il est, en effet, impossible de découvrir, dans aucun ca symptôme qui appartienne à une inflammation chronique de la membrane inter cœur; mais on en trouve de très évidents qui sont dus aux lésions organique cette inflammation laisse après elle. On a donc pensé que, dans un certain no de cas, l'inflammation aiguë dégénérant en inflammation chronique, le travail nique morbide continuait lentement et donnait lieu à ces désordres, à ces al tions plus ou moins profondes, qui viennent plus tard gêner le cours du sang. donc bien plutôt par ses effets consécutifs que par les signes auxquels elle d actuellement lieu, que, même dans cette manière de voir, l'endocardite chron se manifesterait à l'observateur.

On pourrait penser que la lésion organique laissée par l'endocardite aigu subissant ce travail qui se passe dans la formation et l'organisation des fa membranes des cavités séreuses, suffit seule pour donner lieu aux altérations il s'agit, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une inflammation lente consécu mais, sans nous appesantir sur la discussion de ces questions obscures, nous bornons à faire observer que de quelque manière qu'on envisage les choses, i évident que l'endocardite chronique, en tant que maladie actuellement existante, est entièrement inconnue, et qu'il faut se contenter d'étudier les lésions auxqu elle donne lieu, et qui produisent elles-mêmes autant de maladies particulièr

Renonçant donc à une description générale de l'inflammation chronique de docarde, nous allons étudier successivement les altérations de la membrane in du cœur, avec ou sans altérations des orifices eux-mêmes, ce qui fera passer nos yeux un grand nombre d'affections étudiées avec soin dans ces der années.

## ARTICLE III.

### ALTÉRATIONS CONSÉCUTIVES DE LA MEMBRANE INTERNE DU CŒUR.

*Considérations générales.*

Si nous consultons les anatomo-pathologistes de toutes les époques, et sur si nous étudions les belles recherches de M. Bizot sur le cœur et le système a riel, nous trouvons qu'à une certaine époque de la vie, les cavités du cœur, e

[illegible], les orifices, présentent des altérations notables qui vont ensuite sans [illegible] augmentant, jusqu'à l'âge le plus avancé; et non-seulement ces altérations [illegible] considérables à mesure qu'on avance en âge, mais encore elles se pro[illegible] régulièrement dans des endroits déterminés, et se propagent d'une manière [illegible] régulière, augmentant d'abord dans le lieu de leur apparition, et envahis[illegible] degrés les parties environnantes.

[illegible]altérations consistent d'abord dans une opacité de l'endocarde, remarquable [illegible]ment sur les valvules, qui ont un aspect laiteux; l'épaississement qui a [illegible] ces cas n'est point dû à la formation d'une fausse membrane, et le point [illegible] ne peut s'enlever qu'avec la membrane du cœur elle-même. On trouve en[illegible] taches, des ossifications granuleuses qui déforment plus ou moins les val[illegible] et qui quelquefois sont dues à une simple induration, et d'autres fois à une [illegible] ossification. Enfin on a vu se former entre les bords des valvules des [illegible] dues le plus ordinairement à une ossification de ces parties, ossification [illegible] les bords contigus. On peut lire une description très exacte de ces [illegible] états dans le mémoire de M. Bizot déjà cité; après cette lecture, on ne [illegible] que par l'influence de l'âge, il ne se passe dans le cœur le même travail [illegible] voyons se passer chez les vieillards dans les cartilages du larynx et dans [illegible] costaux.

[illegible] le dépôt de matière calcaire qui donne lieu à ces ossifications est, dans un [illegible] de cas, le résultat évident de l'âge, et c'est un fait qui avait déjà été [illegible] par les anatomistes, et notamment par Bichat. Mais une discussion s'est [illegible] à ce sujet. Ayant égard aux faits que nous venons de citer, et dont l'existence [illegible] douteuse, quelques médecins ont voulu qu'on attribuât uniquement aux [illegible] de l'âge les diverses altérations que nous venons de mentionner. A cela on [illegible] par d'autres faits : Corvisart, Kreysig, Laennec, Hope, et en particulier [illegible]illaud, ont cité des cas où ces altérations se sont montrées d'une manière [illegible]dente chez de jeunes sujets et même chez les enfants, et où l'on ne peut [illegible]séquent invoquer comme cause les progrès de l'âge. Ces auteurs se sont [illegible] d'autant plus fondés dans leur opinion, que dans un bon nombre des cas de [illegible] il avait existé des symptômes morbides très marqués, tandis que, comme [illegible] sait, les altérations dues aux simples progrès de l'âge ne donnent ordinaire[illegible] lieu à aucun phénomène de ce genre.

[illegible] suit-il de là? Faut-il conclure que les lésions dont il s'agit sont toutes dues [illegible]avail morbide? Non, sans doute; car cette opinion trop exclusive ne serait [illegible] juste que la précédente; il faut reconnaître simplement que ces altérations [illegible] être rapportées à deux causes différentes : l'inflammation et les progrès de [illegible] la première mettant les parties dans un état particulier qui provoque un tra[illegible]ganique semblable à celui que produit la vieillesse. Nous sommes d'autant [illegible]torisé à penser que les choses se passent ainsi, que dans les tissus cartila[illegible] plus directement soumis à notre observation, nous pouvons pour ainsi dire [illegible] de l'œil des faits analogues. Qu'il survienne en effet dans le larynx une [illegible]mation chronique, qu'il se forme une fistule aux environs des cartilages [illegible], et nous voyons chez des sujets très jeunes l'ossification se produire dans [illegible], que dans l'état normal elle n'envahit qu'à un âge très avancé. Il est [illegible] certain nombre de faits dans lesquels on ne peut méconnaître l'existence

d'une inflammation antérieure comme cause des lésions organiques dont il et nous allons voir, dans la description particulière qui va être faite de cl d'elles, qu'elles sont caractérisées par des symptômes graves et ordinairemen déterminés.

C'est presque toujours dans les cavités gauches du cœur que se rencontr lésions, qu'elles soient dues à l'inflammation ou aux progrès de l'âge. Ce fai général, il est si rare de trouver la membrane interne des cavités droites no ment altérée, que Bichat, dont les recherches d'anatomie générale ont été si à la pathologie, pensait qu'il y avait une différence originelle dans la structu membranes internes du cœur droit et du cœur gauche. Mais quelque soin ait mis à rechercher cette différence, on n'a pu la découvrir; aussi M. Bizot faut toujours citer quand il s'agit de l'état normal du cœur, a confirmé, p observations, cette opinion déjà mise en avant, et qui aujourd'hui a prévalu c'est à la différence du sang artériel et du sang veineux qu'il faut attribuer l disposition particulière du cœur gauche à contracter l'endocardite, et la ten de sa membrane interne à s'indurer et à s'ossifier.

Après ces considérations préliminaires, nous allons aborder la descriptio lésions organiques de l'endocarde; mais avant d'entrer dans cette étude, do personnes qui se sont occupées des maladies du cœur connaissent seules to difficulté, il importe d'indiquer comment nous avons compris le sujet, et quel la manière qui nous a paru la meilleure pour apporter dans cet article toute la et toute la précision désirables.

Ce qui jette le plus d'obscurité sur l'histoire de ces diverses lésions de la brane interne du cœur, c'est que presque jamais elles n'existent seules, et q production d'une d'entre elles entraîne presque nécessairement à sa suite la duction de plusieurs autres, de telle sorte qu'il est très difficile de démêler leur appartient en propre. En cet état de choses, doit-on, à l'exemple de M. I laud, se contenter d'indiquer les signes qui appartiennent à chaque espè lésion, quel que soit leur siége : ainsi aux divers rétrécissements, aux in sances, etc.? Ou bien vaut-il mieux, comme l'ont fait quelques autres aut mais d'une manière incomplète, faire l'histoire de chacune de ces lésions, et cipalement de celles des orifices? Il nous a semblé qu'on ne pouvait arriver résultat complet qu'en réunissant ces deux manières de procéder. Les diverses tions se divisant en plusieurs éléments, il faut d'abord chercher à bien con séparément ces éléments, afin de pouvoir ensuite résoudre le problème d'une nière générale. Ainsi nous n'avons trouvé d'autre moyen, pour arriver à notre que de commencer par la description des maladies de chaque orifice en partic pour terminer par un exposé général des lésions complexes les plus fréquent

## ARTICLE IV.

### INDURATION SIMPLE DES VALVULES AURICULO-VENTRICULAIRES.

Comme pour les autres lésions de ces valvules, c'est presque toujours du gauche du cœur que se rencontre la maladie. Cependant dans quelques ca MM. Bouillaud et Hope en citent trois exemples, l'induration se rencontre da

valvule tricuspide : mais dans ces trois cas aussi il existait en même temps une induration notable de la valvule mitrale, et portée même à un plus haut degré que celle de la valvule droite ; en sorte que, dans tous les cas d'affection du cœur que nous avons pu rassembler, nous n'en avons pas trouvé un seul où l'induration de la valvule tricuspide fût la seule lésion existante.

### § I. — Induration simple de la valvule mitrale.

Cette induration peut consister en un simple épaississement, ou bien en une dégénération cartilagineuse ou osseuse des lames valvulaires ; cependant il faut dire que l'induration, l'épaississement simple, ne se rencontrent pas fréquemment, car il est très rare que les concrétions osseuses ou cartilagineuses n'entraînent point avec elles, soit des adhérences, soit des déformations qui donnent lieu à un rétrécissement ou à une insuffisance.

On ne peut, dans l'état actuel de la science, assigner à cette lésion d'autres causes que les causes générales indiquées plus haut.

*Symptômes.* — Les *signes physiques* de l'induration simple de la valvule mitrale sont très difficiles à indiquer, attendu que dans tous les cas que nous avons sous les yeux, il existait en même temps d'autres lésions anciennes, et en particulier une hypertrophie considérable. Sur quatre cas que nous avons pu analyser, le *bruit de soufflet* a été noté deux fois, et dans les deux autres, il existait un bruit de râpe ou de parchemin ; deux fois seulement le temps auquel ce bruit se produisait a été noté. Il était double dans un cas, et avait lieu au premier temps dans l'autre. Mais ces bruits appartenaient-ils à l'induration de la valvule mitrale ? C'est ce dont on doit fortement douter, quand on voit qu'il y avait en même temps une induration des valvules aortiques et des parois de l'aorte dans trois cas, et que, dans un entre autres, le bruit se prolongeait dans cette artère. Tout porte donc à croire que si l'état de l'orifice mitral est pour quelque chose dans la production du bruit morbide, on ne saurait le regarder comme en étant la cause principale. Au reste, remarquons que dans plusieurs observations le temps auquel se produisait le bruit anormal n'a point été parfaitement précisé, ce qui, comme on l'a vu plus haut, est cependant une condition essentielle d'un bon diagnostic.

M. le docteur Pichler (1) a vu un cas d'ossification complète des valvules des deux orifices gauches chez un homme de quarante-sept ans. Les symptômes principaux furent les suivants :

Pâleur, œdème de la face, lividité des lèvres ; respiration courte, anxieuse ; toux, expectoration abondante, muqueuse ; oppression, faiblesse, palpitations ; engourdissement des bras, œdème du carpe, œdème depuis les pieds jusqu'aux genoux ; *frémissement et sifflement au premier temps.*

Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que les premiers symptômes apparurent d'une manière aiguë, avec fièvre violente, après une exposition à la pluie. La mort survint après quelques semaines.

Le malade avait eu des accès de goutte, et faisait abus des spiritueux. Nous livrons ce fait à l'appréciation du lecteur, tout en nous demandant s'il n'y avait pas, dans ce cas, un rétrécissement notable.

(1) *Mém. de la Soc. impér. roy. de Vienne*, 1842.

Quant aux autres symptômes observés dans ces cas, voici leur indication : chez deux sujets seulement, on a apprécié la force des bruits du cœur, qui était assez considérable, et chez l'un d'eux une *impulsion* violente et double ; elle était faible au contraire chez un autre, qui offrait une matité précordiale très étendue. Il n'y avait du reste aucune *voussure* dans cette région.

Le *pouls*, très fort chez un sujet qui avait une hypertrophie avec dilatation, était faible chez un autre qui se trouvait dans le même cas ; irrégulier chez deux sujets, il était intermittent chez l'un d'eux. Deux de ces malades présentaient à un assez haut degré ce que l'on a appelé le *pouls veineux*, c'est-à-dire une fluctuation visible dans les veines jugulaires.

Les symptômes les plus constants étaient les *palpitations*, qui revenaient par accès, et s'accompagnaient d'*orthopnée* chez un malade ; les autres sujets avaient de l'*oppression* et une *dyspnée* marquée ; l'un d'eux avait un peu de toux, aucun n'éprouvait de *douleurs* précordiales ; un seul en accusait une dans la région du foie.

Enfin des signes de *congestion cérébrale lente*, tels que des *vertiges* ; la *stupeur*, la *somnolence*, et même, dans un cas, des *pertes de connaissance*, venaient se rattacher aux autres signes des troubles de la circulation.

Tels sont les symptômes qui se sont présentés dans ce petit nombre de cas. Si maintenant nous apprécions leur valeur, nous voyons qu'elle n'est pas fort grande, et qu'il est absolument nécessaire de faire de nouvelles recherches sur ce point. Peut-être trouvera-t-on des cas moins compliqués où l'on pourra dégager avec plus de facilité ce qui appartient en propre à l'induration simple des valvules mitrales. Mais jusque-là il sera absolument impossible de lui assigner des caractères particuliers. Ce n'est assurément pas là la conclusion à laquelle est arrivé Laennec (1) ; mais en lisant l'article qu'il a consacré à l'induration des valvules, on voit qu'il confondait sous cette dénomination toutes les déformations de ces opercules, et que par conséquent il avait principalement en vue le rétrécissement et l'insuffisance des orifices.

Ne pouvant donc pas assigner à cette lésion des caractères particuliers, il serait inutile d'insister plus longtemps sur son histoire, qui rentre dans celle des altérations complexes du cœur, et plus particulièrement dans l'hypertrophie avec gêne plus ou moins notable du cours du sang.

### § II. — Induration simple de la valvule tricuspide.

Les mêmes réflexions s'appliquent à cette lésion, qui, nous le répétons, n'a peut-être jamais été observée sans une lésion semblable du côté gauche ; il serait inutile d'insister sur sa description ; nous dirons seulement que dans les deux cas où le *pouls veineux* a été noté, la valvule tricuspide était notablement indurée. Nous verrons plus loin si c'est à cet état de la valvule tricuspide qu'il faut attribuer la fluctuation dans la veine jugulaire.

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, 3e édit., t. III, chap. XVII.

## ARTICLE V.

### RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE MITRAL (1)

### (*auriculo-ventriculaire gauche*).

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Une coarctation plus ou moins considérable accompagne très souvent l'induration cartilagineuse ou osseuse de la valvule mitrale. Sur 39 cas de maladies du cœur que nous avons rassemblés, 17 fois il existait un rétrécissement de l'orifice mitral. On peut donc considérer cette lésion comme une des plus *fréquentes* qui existent dans la membrane interne du cœur ; mais encore ici nous allons trouver une complication de plusieurs autres lésions qui apportent une très grande difficulté dans son étude.

#### § II. — Causes.

Pas plus que pour la simple induration des valvules, nous ne trouvons pour le rétrécissement de causes particulières. L'*âge* des sujets dont nous avons pu consulter l'histoire variait de dix-huit à soixante-trois ans ; mais il y en avait un bien plus grand nombre au-dessous de cinquante ans qu'au-dessus, en sorte que, dans ces cas, on ne pouvait pas invoquer le grand âge comme cause de la maladie.

Quant au *sexe*, sur 18 cas, il y avait 11 hommes et 7 femmes. Nous ne pouvons, sur d'aussi faibles chiffres, établir aucun résultat positif.

#### § III. — Symptômes.

*Symptômes locaux.* — Chez presque tous les sujets, il y avait à la région précordiale une *impulsion* forte, étendue, parfois irrégulière. Dans quelques cas, au contraire, elle était faible. La force de l'impulsion ne saurait être attribuée au rétrécissement mitral ; car, dans tous les cas où elle était considérable, il existait en même temps une hypertrophie ventriculaire qui pouvait en rendre compte. En considérant quelques faits particuliers, on est plutôt tenté de regarder comme un signe appartenant plus particulièrement au rétrécissement de l'orifice mitral, la faiblesse de l'impulsion ; car, dans un cas où il était porté à un degré extrême, et dans un autre où il n'existait pas d'hypertrophie, ainsi que l'a constaté M. Fauvel (2), l'impulsion était faible ou nulle. Les mêmes réflexions s'appliquent à la *matité* : c'est, en effet, à l'hypertrophie du cœur qu'il faut principalement la rapporter.

On a remarqué, dans un petit nombre de cas, une *voussure* à la région précordiale ; mais il n'est pas très certain que cette voussure fût autre chose que la saillie physiologique observée fréquemment par M. Woillez (3) dans cette région.

(1) Nous nous servirons ordinairement des mots *orifice mitral*, *tricuspide*, *aortique*, *pulmonaire*, et des expressions pathologiques correspondantes, pour éviter la confusion entre les côtés droit et gauche, qui est très facile dans la rédaction, et parce qu'il nous a paru que ces expressions sont plus nettement saisies par le lecteur.

(2) *Archives gén. de méd.*, 4e série, 1843, t. I, p. 1.

(3) *De l'inspection et de la mensuration de la poitrine*. Paris, 1838.

Les signes fournis par l'*auscultation* sont d'une bien plus grande importance. Dans quelques cas de rétrécissement marqué, Laennec a trouvé le *frémissement cataire* qu'il a donné comme un signe de l'induration des valvules. Quelques autres observateurs ont également constaté son existence. Le bruit anormal qui se fait entendre à l'auscultation varie du simple *souffle* aux *bruits de râpe* et *de scie* les plus prononcés : c'est tantôt un *sifflement*, tantôt un *murmure musical* qui n'est qu'un sifflement plus doux ; tantôt le *frémissement vibratoire* ou *frémissement cataire* de Laennec. En un mot, les nuances de ces divers bruits anormaux sont très nombreuses. Il est facile, au reste, de s'assurer que tous ces bruits ne sont, comme le fait remarquer le professeur Skoda, que des variétés d'un seul et même phénomène dû au frôlement vibratoire du sang gêné dans son cours, contre les bords rugueux entre lesquels il passe avec force. De toutes ces nuances de bruits, le murmure musical est la plus rare, et le bruit de râpe ou de scie la plus fréquente.

Ces nuances de bruits anormaux sont-elles en rapport avec le degré du rétrécissement? Sans qu'il y ait à ce sujet de règle fixe, on peut dire, d'une manière générale, que le bruit est d'autant plus rude et se rapproche davantage du bruit de râpe, que l'orifice est plus rétréci et que ses parois sont plus rugueuses. Mais on peut se demander encore si ces bruits anormaux appartiennent bien réellement au rétrécissement de l'orifice mitral, ou s'ils ne sont pas dus à quelqu'une des affections qui viennent le compliquer ; c'est sous ce point de vue qu'il est extrêmement important de rechercher, comme nous allons le faire, à quel moment précis ils se manifestent.

Les auteurs ont fixé au second temps la manifestation du bruit dû au rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires. Suivant M. Gendrin (1), quand la colonne de sang, en passant des oreillettes dans les ventricules, rencontre des rugosités aux orifices auriculo-ventriculaires, on entend un bruit de frottement *prédiastolique*, c'est-à-dire, dans la théorie de cet auteur, que ce bruit se ferait entendre un peu avant le second bruit normal. M. Littré (2) a également donné ce fait comme un principe de diagnostic, et, selon lui, le bruit de souffle remplace le *second* bruit normal. Si l'on examine, sous ce point de vue, les observations, on est extrêmement surpris de voir les faits donner le démenti le plus formel à cette manière de voir. Ainsi, dans 17 cas empruntés aux auteurs qui se sont occupés avec le plus de soin de ce sujet intéressant, nous n'en trouvons pas un seul dans lequel il existe un bruit de souffle borné au second temps. Chez un sujet observé par Hope, il y avait un bruit musical ou un sifflement doux au second temps ; mais il existait en même temps une insuffisance aortique à laquelle, comme on le verra plus tard, il fallait nécessairement rapporter ce symptôme. Nous trouvons, au contraire, 6 cas où un bruit de souffle ou de râpe extrêmement remarquable se faisait entendre seulement au *premier temps*, tandis que le second bruit normal n'était nullement altéré. Enfin, dans tous les autres cas où ce signe diagnostique est indiqué, le bruit anormal existait dans les deux temps, et alors on trouvait, pour expliquer l'existence du second bruit anormal, une lésion d'une autre partie du cœur, comme l'insuffisance

(1) *Leçons sur les maladies du cœur*. Paris, 1842, t. I, p. 110.
(2) *Dictionnaire de médecine*, art. CŒUR.

des valvules aortiques, de telle sorte qu'on ne peut attribuer qu'à une préoccupation toute particulière cette erreur commise par les auteurs qui ont donné au rétrécissement mitral un signe qui ne lui appartient nullement. Le fait est très évident dans les observations rapportées par M. Briquet (1). Cet auteur, ayant observé deux cas de rétrécissement considérable de l'orifice mitral, a trouvé le premier bruit couvert par un bruit de souffle prononcé, tandis que le second était clair, sonore, et donnait la sensation d'un claquement distinct. Ces cas sont très importants à considérer, parce qu'ils nous offrent des exemples de rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires, sans complication d'aucune lésion des autres orifices. Les observations de M. Fauvel ont une importance tout aussi grande sous ce point de vue. Il est donc évident que c'est au premier temps, c'est-à-dire lorsque le sang est projeté de l'oreillette dans le ventricule, que le bruit anormal se produit dans le rétrécissement de l'orifice mitral.

[Cependant les annotateurs persistent à croire vraie la théorie de MM. Bouillaud et Rouanet, et trouvent facilement l'explication de l'anomalie qui semblerait devoir ruiner ce système. L'un d'eux s'est déjà prononcé en ces termes :

« On remarque que chez des individus affectés de rétrécissements auriculo-ventriculaires, on trouve à la pointe un bruit de souffle au premier temps, au lieu d'un souffle au second temps, que la théorie indique ; et l'on se demande comment ce bruit peut se produire, et si le mode d'explication proposé jusqu'à ce jour est exact.

» Ce fait s'explique très facilement dans la théorie dont nous nous servons, seulement il faut connaître la disposition anatomique normale des rétrécissements en question. Voici en effet comment se présente cette affection dans la très grande majorité des cas (nous raisonnerons surtout sur l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, où cette lésion s'observe particulièrement).

» La valvule mitrale se compose de deux lames distinctes, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui n'ont aucune connexion entre elles, mais qui sont rapprochées par leurs bords droits et gauches, sur lesquels s'insèrent les cordages des colonnes charnues.

» Quand une endocardite se déclare sur ces valvules, elle a pour premier effet de produire des fausses membranes, qui donnent lieu à l'agglutination de leurs bords contigus ; de cet accolement résulte un canal un peu aplati d'avant en arrière et qui présente un orifice tout à fait au sommet. Celui-ci devient alors le véritable orifice auriculo-ventriculaire. Peu à peu il se rétrécit, devient solide, forme un anneau circulaire ou un peu aplati d'avant en arrière, et qui ne tarde pas à être privé de toute espèce de souplesse ; il demeure béant ; quant au corps des valvules, il s'indure et finit par former une sorte de cône tronqué, de bec d'entonnoir qui proémine dans le ventricule ; on peut aussi comparer cette disposition à la saillie du col de l'utérus au fond du vagin. Ce cône fibro-cartilagineux ou crétacé, qui est assez ordinairement dans l'axe du ventricule, présente du côté de l'oreillette un enfoncement comparable à l'ouverture anale, et du côté du ventricule une ouverture plus ou moins large, arrondie, ovalaire, en forme de boutonnière ou de *glotte*, dont la lumière constamment ouverte forme une insuffisance réelle. Cette disposi-

(1) *Mém. sur le diagnostic du rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche* (*Archives gén. de médecine*, 2ᵉ série, 1836, t. XI, p. 470).

tion a été admirablement décrite par M. Bouillaud (1). Comme on le voit, dans ce cas l'orifice auriculo-ventriculaire n'est pas modifié, du moins sensiblement, mais il n'est plus le véritable détroit, le véritable point de communication entre l'oreillette et le ventricule; il y a un nouvel orifice situé plus bas, à l'extrémité des valvules; celui-ci est plus étroit et béant. C'est là ce qu'on appelle en général un rétrécissement auriculo-ventriculaire; et, en effet, c'en est un, puisqu'il peut être étroit au point de ne plus admettre qu'un seul doigt, qu'un tuyau de plume même. Mais c'est aussi, et à un haut degré, une insuffisance. Eh bien! comment veut-on qu'une lésion de cette espèce ne produise pas de souffle au premier temps (Barth et Roger)? Pendant la systole, la colonne sanguine se divise en deux ondes : l'une, *progressive* (Gerdy), qui entre dans l'aorte; l'autre, *rétrograde*, qui rentre dans l'oreillette et produit un souffle d'autant plus marqué, que le détroit est plus resserré ou plus irrégulier. Le bruit se produit dans ce cas d'autant plus facilement, plus nécessairement même, qu'il a lieu pendant la systole, mouvement actif du cœur.

» Pourquoi, maintenant, dans le même cas, le bruit de souffle, au deuxième temps, ne se manifeste-t-il pas, ainsi que la théorie le demande? Pour deux raisons: d'abord parce que le sang ne coule à travers le rétrécissement que dans la diastole ventriculaire, c'est-à-dire pendant le mouvement passif du cœur; et parce qu'il n'est pressé que par un organe contractile d'une faible énergie (l'oreillette). Nous ajouterons encore que pendant ce mouvement, malgré l'induration de l'entonnoir en question, il y a toujours un léger degré d'écartement des valvules, qui facilite le passage du sang; tandis que dans le premier temps, il y a rapprochement et tendance à l'occlusion, ce qui resserre encore le détroit par lequel le sang rentre dans l'oreillette. Aussi avons-nous coutume de dire que le bruit de souffle se produit au premier temps, parce que *le détroit de l'insuffisance est plus resserré que celui du rétrécissement*. Ces considérations nous portent à rejeter, comme inexacte, la proposition de MM. Littré, Barth et Roger : que le souffle de l'insuffisance est ordinairement doux. Cela n'est vrai que pour l'insuffisance aortique.

» C'est cependant, et nous ne pouvons laisser passer cela sans nous y arrêter, c'est cependant ce fait d'un bruit de souffle au premier temps dans les rétrécissements, qui a fait naître une théorie des mouvements et des bruits du cœur opposée à celle que professe M. Bouillaud.

» M. Fauvel est un des premiers qui ait dirigé son attention sur ce sujet; mais il n'a pas osé tirer de conclusions de son travail. M. Beau, venant ensuite, a pensé que, pour accorder la théorie avec les faits, il n'y avait qu'à renverser les mouvements du cœur, à mettre la diastole à la place de la systole, et qu'alors tout s'expliquerait. En effet, dans cette manière de voir, le souffle au premier temps s'explique bien par le fait du rétrécissement en question, si le sang passe au premier temps du cœur, de l'oreillette dans le ventricule, si, en un mot, la diastole ventriculaire est le premier des mouvements du cœur. Mais, d'après les indications que nous avons données, le fait ne s'explique pas moins bien par l'insuffisance qui accompagne presque toujours le rétrécissement. Alors, quelle nécessité y avait-il à créer une nouvelle théorie des bruits et mouvements du cœur?

» Cependant nous ne voulons cacher aucune objection. On a nié la valeur de

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841, t. II, p. 318-319.

l'explication que nous avons donnée d'après MM. Bouillaud, Barth et Roger, et plusieurs autres observateurs, en disant que l'insuffisance que nous avons décrite avait été créée pour le besoin de la cause! Il n'y a qu'une réponse à faire à une pareille objection : c'est qu'en dépit de tous les efforts, cette insuffisance n'en existe pas moins, comme un des éléments les plus importants de la lésion qu'on nomme ordinairement rétrécissement; c'est un fait que l'examen anatomique démontrera mieux que toutes les discussions possibles.

» Nous ne saurions terminer sans constater que, depuis quelque temps, un compromis s'est établi tacitement entre les partisans de la nouvelle et ceux de l'ancienne doctrine. On a trouvé dans une distinction plus subtile que réelle, à notre avis, une sorte de terrain neutre, où toutes deux peuvent exister à la fois sans trop se nuire; nous voulons parler du bruit de souffle *présystolique*, qui remplace maintenant pour beaucoup d'observateurs le souffle au premier temps. Les partisans de l'ancienne doctrine admettent, comme on le sait, que le passage du sang dans le ventricule se fait au second temps, mais ils accordent actuellement à la nouvelle doctrine qu'une certaine quantité de sang passe encore de l'oreillette dans le ventricule, un peu avant la contraction de celui-ci. N'est-il pas facile, dès lors, de concevoir que, s'il y a un rétrécissement auriculo-ventriculaire, un souffle puisse se produire, non au second temps, mais un peu avant le premier temps, et dans la présystole. Or, suivant cette nouvelle manière de voir, ce souffle présystolique ne serait rien autre chose que ce que l'on a pris jusqu'à présent pour un souffle au premier temps; et ce souffle présystolique caractériserait un rétrécissement auriculo-ventriculaire, sans qu'il fût nécessaire désormais d'admettre l'insuffisance que nous avons décrite. Nous ne pouvons insister sur ce nouvel ordre d'idées, dont on trouvera le résumé dans un bon travail de M. le docteur Hérard (1). Tel est l'état de la question. Nous ne ferons qu'une seule remarque : c'est que si l'on a déjà bien de la peine à reconnaître qu'un bruit se passe au premier ou au second temps du cœur, il doit être encore bien plus difficile de déterminer si ce phénomène se passe exactement avant le premier temps, c'est-à-dire dans la présystole.

» Nous croyons devoir terminer ici des remarques que l'on pourrait développer davantage, mais sans grande utilité. Ce que nous voulions, avant tout, faire remarquer, c'est que la doctrine nouvelle est née d'une discussion théorique, qu'elle a procédé par une hypothèse pour expliquer un fait, et qu'elle a institué des expériences, non pour découvrir, mais pour confirmer une idée. Or, tout le monde le sait, c'est là une voie un peu dangereuse pour arriver à la découverte de la vérité.

» Ajoutons enfin que c'est aussi de cette doctrine des mouvements que celle des bruits est sortie après coup.

» Peut-on en dire autant de la doctrine des mouvements et des bruits professée par M. Bouillaud? Pour les mouvements, elle remonte à Haller, et se fonde sur l'observation directe et l'expérience. Avant de songer à aucune théorie, on avait établi que la contraction systolaire du cœur est le premier des mouvements de l'organe et la dilatation le deuxième. Pour les bruits, après qu'on en a constaté la coïncidence avec chacun des mouvements, on a essayé tour à tour toutes les théo-

(1) Hérard, *Des signes stéthoscopiques du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire du cœur, et spécialement du bruit de souffle au second temps* (*Archives gén. de méd.*, 1853-54).

ries qui pouvaient s'accorder avec les mouvements physiologiques trouvés, et l'on ne s'est arrêté qu'à celle qui s'y adaptait le mieux. Est-on, dans ce cas, parti d'une hypothèse ? Non, assurément ; on a pris pour point de départ un fait, une chose certaine, démontrée. Maintenant, quand l'explication serait fausse, le fait n'en resterait pas moins : le premier temps du cœur, c'est la systole ; un bruit qui se produit pendant ce temps est un bruit systolaire, on ne peut sortir de là. » ]

Le *lieu* dans lequel se produit le bruit anormal a fixé l'attention de quelques observateurs. Remarquant que les bruits de ce genre ont une étendue peu considérable, et qu'ils se prolongent dans le sens du courant sanguin, on a cherché à préciser, par l'observation, les points où on les entendait. M. Briquet en particulier a insisté sur ce point, et il a établi sur des observations recueillies par lui, que, dans le rétrécissement de l'orifice mitral, le maximum du bruit a lieu au niveau de la troisième côte, en dehors du sternum, c'est-à-dire à la base du ventricule ; qu'il se fait entendre dans toute l'étendue de celui-ci, et que, d'un autre côté, dans les cas non compliqués, il ne se prolonge nullement au-dessus de la troisième côte dans le trajet des artères. Bien que cette détermination du siége précis du bruit anormal n'ait pas une importance capitale, à cause précisément des complications fréquentes qui viennent se joindre au rétrécissement de l'orifice mitral, cependant elle doit fixer l'attention plus qu'elle ne l'a fait jusqu'à présent, car, unie aux signes indiqués plus haut, elle peut servir à confirmer le diagnostic.

Nous avons dit que le bruit anormal était toujours renfermé dans des limites assez étroites ; il en résulte qu'en auscultant la poitrine dans des points plus ou moins éloignés du lieu où il se fait entendre, on peut, ainsi que l'ont fait M. Gendrin et M. Beau, retrouver les bruits normaux qui n'étaient que masqués par le bruit anormal. On a rarement cherché à établir de cette manière quelle était la force des bruits ; M. Briquet est à peu près le seul qui ait fixé son attention sur ce point, et il a trouvé que le premier bruit était faible, sourd et prolongé, tandis que le second conservait sa netteté et sa force. Encore un fait à l'appui de la théorie de M. Beau, puisqu'il est évident que si le sang arrive avec difficulté dans le ventricule, celui-ci sera dilaté d'une manière moins brusque et moins énergique, d'où nécessairement faiblesse du premier bruit.

Le *pouls* présente des altérations qu'il est important d'examiner. Hope a principalement insisté sur son irrégularité et son intermittence. On trouve un certain nombre de cas où ces caractères existent ; mais le plus souvent il est difficile de savoir si c'est exclusivement au rétrécissement mitral qu'il faut rapporter ce symptôme. Il ne peut, au contraire, y avoir le moindre doute sur la *faiblesse* du pouls, comme signe du rétrécissement mitral. Dans tous les cas, en effet, où ce rétrécissement était très considérable, la petitesse du pouls était remarquable, et si quelquefois il s'est montré dur, plein, c'est qu'il y avait une complication, comme une insuffisance aortique, ou bien une hypertrophie active coïncidant avec un rétrécissement médiocre.

Les *palpitations* doivent être regardées comme un signe constant de la maladie, puisqu'elles ont été mentionnées dans tous les cas où l'attention des auteurs a été fixée sur elles. Ordinairement anciennes, durant de une à plusieurs années, elles constituent le symptôme le plus incommode et celui pour lequel les malades demandent le secours de la médecine. Le plus souvent irrégulières, intermittentes au

début de la maladie, elles finissent par devenir plus continues, quoiqu'il y ait encore fréquemment des exacerbations marquées. Hope est tenté d'attribuer exclusivement ces palpitations à l'hypertrophie des parois du cœur et à la dilatation de ces cavités. Cependant il faut admettre avec M. Bouillaud que le rétrécissement seul peut occasionner ce symptôme, puisqu'il a existé d'une manière évidente dans un cas observé par M. Fauvel, et où l'autopsie n'a montré aucune hypertrophie ou dilatation notable du cœur. Pendant que les palpitations ont lieu, les bruits deviennent plus tumultueux, quelquefois plus sourds, et l'irrégularité du pouls augmente.

La *dyspnée*, accompagnée d'un certain degré d'*oppression*, est un symptôme très fréquent. Ordinairement elle apparaît en même temps que les palpitations, et elle devient plus grande lorsque celles-ci acquièrent de l'intensité. Cette dyspnée peut être portée au plus haut degré, et alors il y a par moments des *attaques de suffocation* et comme des accès d'asthme qui forcent les malades à se mettre sur leur séant et à se tenir debout pour respirer. Un certain degré d'*anxiété* accompagne souvent ces symptômes, mais ce signe n'a pas fixé suffisamment l'attention des observateurs. Dans les cas où il en était ainsi, il y avait de fréquents réveils en sursaut.

Quoique dans les articles généraux on ait fréquemment parlé de la *coloration de la face*, il n'en est fait que rarement mention dans les observations. La face a été aussi souvent pâle que livide, avec un certain degré de bouffissure qui ne tenait pas à un œdème général.

On sait combien est fréquent l'*engorgement sanguin du foie* dans les maladies du cœur. Cependant cet état n'est mentionné que deux fois dans les observations ; mais il est plus que probable que cela tient au défaut d'attention des observateurs, car ils signalent ensuite cet engorgement dans leurs descriptions générales. Pour nous, nous l'avons trouvé constamment.

Quelques symptômes que l'on peut rapporter à la gêne de la circulation, tels que les *battements artériels* dans la tête, les *vertiges*, les *bouffées de chaleur*, etc., ont été très rarement notés.

Il n'en est pas de même de l'*œdème*, qui se montre fréquemment. Noté douze fois sur dix-sept cas, il n'était général que trois fois, et dans des cas où la maladie, portée à un haut degré, était déjà ancienne. Lorsqu'il était partiel, il commençait ordinairement par les extrémités inférieures, et se montrait ensuite à la face. Trois sujets ont présenté une hydropisie ascite ; chez eux la maladie était ancienne et avait atteint un haut degré. Si maintenant nous cherchons, dans les détails des faits, à quelle circonstance particulière on peut attribuer la manifestation de cet œdème, nous trouvons qu'il est difficile de résoudre cette question, puisqu'il a manqué dans des cas qui paraissent identiques avec ceux où il s'est montré. Cependant il faut remarquer que chez le sujet observé par M. Fauvel, et dont le cœur était à l'état normal sous le rapport du volume, il n'y eut point d'œdème. Faudrait-il, pour produire ce symptôme, une lésion différente du rétrécissement simple ? C'est ce que l'observation pourra seule nous apprendre.

Pour terminer ce que nous avons à dire relativement aux symptômes, nous ajouterons que chez un petit nombre de sujets (trois sur dix-sept), on a remarqué cette fluctuation dans les veines jugulaires externes, à laquelle on a donné le nom de *pouls veineux*, et que quelques-uns présentaient une *toux* pénible, intense et fré-

quente. Dans aucun cas, parmi ceux que nous avons pu rassembler, il n'y a eu de crachements de sang.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de cette affection est difficile à indiquer, attendu que dans les observations on n'a pas toujours tenu un compte exact des antécédents. Cependant on peut dire d'une manière générale qu'au début les symptômes ont une intermittence irrégulière. D'abord faibles, consistant en quelques palpitations accompagnées d'un peu de dyspnée, ils deviennent graduellement plus intenses et de plus en plus continus, jusqu'à ce qu'enfin ils ne laissent plus aux malades que quelques instants d'une amélioration douteuse. On voit quelquefois l'œdème paraître et disparaître à plusieurs reprises, avant de devenir permanent ; on a cité même des cas où une hydropisie ascite bien marquée a disparu sans qu'on pût en trouver une cause suffisante dans l'amélioration des principaux symptômes, mais pour reparaître plus tard. Corvisart pensait que ces variations dans la marche de la maladie pouvaient être attribuées souvent à la nature de la lésion organique. Il croyait que dans certains cas on pouvait admettre l'existence de végétations ou excroissances mobiles qui, par moments, venaient obstruer en partie l'orifice affecté ; il expliquait aussi de cette manière les accès de palpitations et de dyspnée que l'on remarque ordinairement. Ces explications, tout ingénieuses qu'elles paraissent, ne sauraient être admises, puisque cette marche irrégulière des symptômes se rencontre dans des cas où l'orifice conserve une forme permanente. On sait d'ailleurs que les lésions qui changent le moins donnent lieu ordinairement à des symptômes variables : il n'y a rien là de particulier aux maladies du cœur.

La *durée* de la maladie n'a pas été recherchée avec assez de soin par les auteurs. Le début est en général fixé d'une manière vague ; ce n'est donc qu'approximativement qu'on peut, à l'aide des faits recueillis, indiquer cette durée. Dans les cas où la mort a été causée par les simples progrès de la maladie du cœur, elle a varié de dix mois à dix ans. En général, elle a été de plusieurs années (deux ou trois). Dans les autres cas, une affection grave étant venue se joindre à la maladie principale, celle-ci a généralement été abrégée, et sa durée a varié entre trois mois et quatre ans et demi.

La *terminaison* de la maladie est constamment fatale. On a cité des cas où une amélioration assez notable a permis aux malades de reprendre en partie leurs occupations, mais aucun où la guérison radicale ait été parfaitement constatée. Lorsque la mort arrive par les seuls progrès de la maladie du cœur, on voit augmenter les principaux symptômes : les palpitations deviennent constantes, la dyspnée continuelle ; l'œdème fait des progrès et quelquefois devient très considérable ; parfois le malade tombe dans une espèce de coma ; enfin la respiration s'embarrasse de plus en plus, la face prend un air hagard, les extrémités se refroidissent, les battements du cœur deviennent faibles, irréguliers, leur rhythme est tellement altéré, qu'on ne peut plus, dans quelques cas, distinguer les divers temps, et le malade succombe ordinairement sans perte de connaissance. Dans la moitié des cas environ que nous avons consultés, la mort a été occasionnée par une affection intercurrente, une apoplexie cérébrale (une fois), un ramollissement cérébral (une fois),

le pneumonie (deux fois), un *purpura hæmorrhagica* dans un cas observé par ge, et enfin un sphacèle de la jambe gauche dans un cas observé par M. Gen-. Nous reviendrons sur ce point à l'occasion du pronostic.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les lésions qui donnent lieu au rétrécissement de l'orifice mitral, comme au toutes celles qui caractérisent les diverses maladies du cœur, ont été étudiées avec très grand soin ; mais il n'entre pas dans notre plan de les décrire en détail. Nous contenterons donc de dire qu'on trouve sur les deux faces des lames valvulaires, et principalement sur la face auriculaire, des rugosités, des végétations Laennec distinguait en globuleuses et verruqueuses, et auxquelles M. Bouillaud a une troisième espèce constituée par les végétations albumineuses d'une date récente. Ces végétations se retrouvent aussi au bord libre des valvules, et peu- comme dans un cas observé par M. Fauvel, s'étendre à presque toute la sur- de la cavité auriculaire. Leur nombre et leur forme sont très variables. Corvi- pensait que dans un certain nombre de cas on pouvait rapporter la production végétations à l'existence du virus vénérien ; mais rien ne vient à l'appui de opinion, fondée sur une ressemblance grossière de ces lésions avec les végé- syphilitiques.

Des plaques cartilagineuses, des ossifications de diverses formes, se remarquent aussi sur les valvules. Elles ont été très bien décrites par M. Bizot, au travail nous devons renvoyer pour plus de détails. Suivant Laennec, ces ossifications plus blanches, se broient plus facilement que le tissu osseux naturel, et le phosphate calcaire y domine davantage. Cette production de plaques ossiformes et cartilagineuses, qui a lieu également chez les vieillards par suite du progrès de l'âge, n'est pas la lésion la plus grave, puisque lorsqu'elle existe seule chez ces der- elle ne produit pas de troubles notables dans la circulation. Il n'en est pas de même des adhérences des valvules, qui sont la cause principale de ces rétrécisse- extrêmes observés par un grand nombre d'auteurs ; alors les valvules, se unissant par leurs bords voisins, ne laissent plus au passage du sang qu'une ouver- très étroite, admettant à peine l'extrémité du petit doigt et même une plume d'oie, comme Hope en cite plusieurs exemples. Cette ouverture a des formes variées, suivant les cas : quelquefois arrondie, parfois linéaire et d'autres fois irrégulière. C'est alors, et surtout lorsque les valvules présentent des rugosités considérables, qu'on entend les bruits anormaux les plus intenses, comme les bruits de râpe, de scie, de lime, etc. Dans plusieurs cas, M. Bouillaud a comparé le rétré- cissement à une boutonnière ou à l'ouverture de la glotte à bords épaissis ; il a vu un froncement plus ou moins remarquable de l'orifice altéré.

Comme on le voit, ces lésions varient beaucoup ; nous pourrions ajouter d'au- tres détails, comme l'aspect infundibuliforme de l'ouverture du côté de l'oreil- lette, etc., mais ils seraient inutiles, car ce qu'il importe de savoir, c'est que les valvules indurées, épaissies, ossifiées, adhérentes, ont perdu leur jeu et ne laissent passer le sang qu'avec beaucoup de difficulté.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Diagnostic.* — Pour bien établir le diagnostic du rétrécissement mitral, déterminer d'abord quels sont ses signes positifs, et ensuite le distinguer verses affections avec lesquelles on pourrait le confondre.

Si nous nous rappelons les principaux symptômes décrits plus haut, nous qu'il n'en est aucun qui ait autant d'importance que le bruit de souffle a par l'auscultation, et encore faut-il ajouter que c'est moins ce bruit de sou lui-même, sa nature, son intensité, que le *moment auquel il se produit* attirer l'attention de l'observateur. Ainsi, comme seul signe positif du rétr ment mitral, il faut indiquer le bruit de souffle, *précédant de très peu* le bruit du cœur, finissant au moment où celui-ci se produit, ou l'accompagna toute sa durée. Suivant M. Gendrin, il faudrait ajouter à ce signe le dé ment du bruit de percussion *diastolique* (1), qui résulte de la lenteur du du sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. Or, on sait que, suiv auteur, la diastole a lieu immédiatement après la systole; mais en y réflé et sans avoir besoin de remarquer que M. Gendrin, loin de donner des fai cluants à l'appui de cette assertion, en fournit au contraire qu'on pour opposer (2), on voit bientôt que cette opinion est due à une induction pu théorique; car dans le moment où ce bruit diastolique devrait avoir lieu, l même d'après les auteurs qui placent la diastole au moment où le ventri en repos, ne coulerait qu'avec lenteur, comme l'écoulement d'un trop-pl sans produire de bruit appréciable. Peut-être faudrait-il appliquer cette de voir de M. Gendrin au premier temps des mouvements du cœur corres au premier bruit; mais c'est là une question sur laquelle l'observation encore prononcé.

Quant aux autres symptômes, tels que les palpitations, la dyspnée, etc., vent être attribués aussi bien aux lésions concomitantes, hypertrophie, tion, etc., qu'au rétrécissement mitral. Voyons maintenant avec quelles lés pourrait confondre celle qui nous occupe.

Les auteurs qui ont cru qu'un bruit de souffle au second temps était u propre au rétrécissement mitral ont dû chercher à établir par de simples de ce signe physique, et par des circonstances accessoires, le diagnostic diff de ce rétrécissement et de l'*insuffisance des valvules aortiques;* mais, aprè a été dit plus haut, il ne saurait plus y avoir de difficulté à ce sujet, puisq le rétrécissement mitral, c'est au *premier temps* que se fait entendre l anormal qui, dans l'insuffisance, a lieu au second temps.

Il est plus difficile d'établir le diagnostic entre le rétrécissement de l mitral et l'*insuffisance de ce même orifice.* Les deux lésions doivent en ef duire le même signe, *et au même temps;* aussi voyons-nous que dans le s d'insuffisance mitrale où il n'y a pas eu de complications capables de prod bruit anormal dans un autre temps, et qui est dû à Hope, il n'existait qu'u

(1) Les réflexions faites à l'occasion des expressions systolique et présystolique ap aux bruits du cœur pourraient être reproduites à propos de ce bruit de percus stolique.

(2) *Loc. cit.*, p. 274.

e simple, couvrant le premier bruit. On n'aurait donc pour se guider que nces d'intensité et de forme dans les bruits du souffle, nuances tout à fait ntes, parce qu'elles peuvent changer suivant le degré d'une seule et même ; cependant il est un point sur lequel on doit fixer l'attention des observateurs. ons vu, d'après les observations récentes, que le bruit de souffle dû au ement mitral *précède* d'un court moment le premier bruit normal du r, un souffle dû à une insuffisance ne doit se faire entendre qu'un très moment *après* la production de ce premier bruit, ou pendant ce bruit lui-puisque, dans la théorie que nous avons admise, ce premier bruit est dû tation brusque du ventricule, après laquelle seulement le sang est, dans nce mitrale, fortement repoussé dans l'oreillette par la contraction systo-c'est, nous le répétons, un point très important (1).

autre lésion avec laquelle on peut très facilement confondre le rétrécisse-e l'orifice mitral, est le *rétrécissement aortique;* tous les deux, en effet, r signe un bruit de souffle au *premier temps*, et tous les deux présen-un degré variable, les autres symptômes qui ont été décrits plus haut. C'est le moment précis où se produit le bruit de souffle, qui sera le meilleur ren-ent pour le diagnostic. En effet, dans les cas de rétrécissement aortique, ndant le premier bruit lui-même qu'on a noté les divers bruits anormaux, ue, nous le répétons, les observations récentes ont prouvé que dans le rétré-nt mitral ces bruits anormaux ont lieu *un peu avant*. On a voulu donner un signe distinctif de ces deux rétrécissements le lieu dans lequel ils se ncipalement entendre. M. Briquet a surtout insisté sur ce point. Selon lui, rès plusieurs auteurs, le souffle dû au rétrécissement mitral a son maxi-n peu au-dessous de la base du cœur; il se prolonge vers la pointe de cet et l'on cesse de l'entendre en portant l'oreille en haut sur le trajet de l'aorte, qu'au contraire, dans le rétrécissement de l'orifice aortique, le bruit de naissant sous le sternum, au niveau de la base du cœur, ne s'étend pas ous de ce point et se prolonge un peu dans le trajet de l'aorte. Enfin, sui-rvisart, l'irrégularité du pouls serait moindre dans les cas de rétrécissement ue dans les cas de rétrécissement aortique. Hope, dans ses observations, a contraire; nous verrons plus loin laquelle de ces deux opinions doit prévaloir. mêmes signes distinctifs établissent le diagnostic différentiel entre le rétré-nt mitral et le *rétrécissement de l'orifice pulmonaire.*

t aux *bruits de souffle dus aux simples incrustations de l'aorte*, ils se font e avec leur maximum d'intensité au-dessus du point où se produit le bruit le dû au rétrécissement mitral.

différents bruits anormaux peuvent se faire entendre sans qu'il y ait rganique du cœur, dans les cas de *chlorose* et d'*anémie;* mais, outre que ils se propagent dans une grande étendue du système artériel, qu'ils sont

[ est facile de voir, par la discussion pleine de bonne foi, mais minutieuse, à laquelle e livre, que la théorie de M. Beau est loin de remplir toutes ses promesses. Elle se l'observateur plus qu'elle ne le sert, en le jetant dans le dédale des bruits *présys-t périsystolique*. Nous ne craignons pas de répéter que toutes ces difficultés ne se as présentées si l'on eût admis l'explication du souffle au premier temps par l'insuffi-i accompagne constamment les rétrécissements. (Voy. p. 117).]

parfois doubles, et que rarement ils présentent une rudesse aussi grande qui sont dus à des lésions organiques, on a pour se guider dans le diag symptômes généraux, auxquels le médecin doit avoir les plus grands ég souvent on a pris pour des maladies du cœur fort graves un simple état ch ou anémique.

Pour terminer ce diagnostic, je dois dire un mot d'une forme de la qu'on pourrait appeler *latente*. M. Henderson (1) rapporte un cas dans l rétrécissement très considérable de l'orifice mitral n'a donné lieu à auc anormal. Hope a expliqué cette absence de tout signe particulier par la extrême que le sang trouvait à passer de l'oreillette dans le ventricule ; m explication n'est pas satisfaisante : car on vit, à l'autopsie, que l'oreillette éta trophiée et avait dû par conséquent augmenter d'énergie, et, en outre remarquer que le premier bruit normal n'était point affaibli, ce qui aurait lieu si le sang n'avait coulé dans le ventricule qu'en bavant. Il faut don naître qu'en pareil cas il y a quelques circonstances particulières qui nous é entièrement, et que nous ne pouvons pas donner une bonne explication absence du signe principal d'un rétrécissement mitral. Au reste, il faut ces cas sont extrêmement rares.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

#### 1° *Signes positifs du rétrécissement de l'orifice mitral.*

Bruit de souffle, de râpe, de lime, etc., commençant *un peu avant* le premier l sant lorsque celui-ci se fait entendre, ou se prolongeant pendant toute sa durée. (Sig téristique.)

Bruit anormal *se prolongeant vers la pointe du cœur ;* disparaissant au-dessus à moins de complications.

Intermittence et irrégularité du pouls. (Signe non constant.)

#### 2° *Signes distinctifs du rétrécissement de l'orifice mitral et du rétréc aortique.*

| RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE MITRAL. | RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE. |
|---|---|
| Bruit anormal commençant *un peu avant* le premier bruit normal. | Bruit anormal commençant *avec un peu après* le commencement du bruit normal. |
| *Se prolongeant vers la pointe du cœur,* cessant au-dessus de la base. | *Se prolongeant un peu dans la d l'aorte.* |

Nous ne parlerons pas ici de la différence que l'on a voulu établir entr gularité plus ou moins grande et plus ou moins fréquente du pouls dans maladies ; nous avons dit plus haut que Hope et Corvisart sont d'un avis ment opposé ; nous reviendrons sur ce point lorsque nous aurons fait l'his rétrécissement aortique.

#### 3° *Signe distinctif du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aort*

| RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE MITRAL. | INSUFFISANCE AORTIQUE. |
|---|---|
| Bruit anormal *au premier temps,* | Bruit anormal *au second temps.* |

(1) *The Edinburgh med. and surg. Journal*, avril 1835.

Ce signe distinctif est suffisant pour établir le diagnostic d'une manière solide.

4° *Signes distinctifs du rétrécissement mitral et des maladies sans lésion organique du cœur, donnant lieu à des bruits anormaux* (chlorose, anémie, etc.).

| RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE MITRAL. | MALADIES SANS LÉSION ORGANIQUE. |
|---|---|
| Bruit de souffle *simple*, dans les cas non compliqués. | Bruit de souffle *parfois double*. |
| *Borné à une petite étendue* de la région précordiale. | *Étendu à une grande partie* du système artériel. |
| *Absence des symptômes généraux* de la chlorose et de l'anémie. | *Symptômes généraux* de la chlorose et de l'anémie. |

Nous ne faisons point entrer dans ce tableau le diagnostic différentiel du rétrécissement mitral et de l'insuffisance de ce même orifice, ainsi que du rétrécissement et de l'insuffisance de l'orifice tricuspide, attendu que ces dernières lésions ne se rencontrant pas seules, l'observation n'a point encore éclairé suffisamment ce point difficile.

*Pronostic.* — Le pronostic de cette lésion de la surface interne du cœur est, comme chacun sait, très grave. En effet, nous voyons, dans les observations qui ont été rapportées par les auteurs, que les sujets finirent par succomber, après avoir éprouvé de longues souffrances. Quelquefois cependant, et Hope en cite des exemples, un traitement bien entendu, lorsque le rétrécissement n'était point porté à un degré extrême, a pu, sinon procurer aux malades une guérison radicale, du moins les mettre en état de reprendre leurs occupations, avec les ménagements nécessaires pour ne pas rendre à leur affection son ancienne intensité. Mais au bout d'un certain temps, les anciens symptômes se reproduisent, et l'on s'aperçoit que la maladie n'a pas cessé de faire des progrès. On n'a donc, en définitive, réussi qu'à retarder plus ou moins la terminaison fatale.

## § VII. — Traitement.

En lisant attentivement les auteurs, on voit que si la localisation des lésions et l'étude des symptômes appartenant en propre à chacune de ces lésions ont fixé leur attention d'une manière spéciale, il n'en est pas de même du traitement qui pourrait convenir à chaque cas particulier. Il est difficile de dire ce que produiraient de semblables recherches; mais l'identité de nature de lésions diverses par leur siége et par leurs effets, telles que le rétrécissement des orifices, l'insuffisance des valvules, les végétations de la membrane interne du cœur, doivent nous porter à admettre que les mêmes moyens sont applicables à ces diverses lésions, et qu'il n'y a rien qui appartienne en propre à chacune d'elles. D'un autre côté, l'hypertrophie presque constante des parois du cœur, et l'existence d'une péricardite récente ou ancienne, réclamant leur part du traitement, il doit en résulter que ce traitement est à peu près le même pour toutes ces affections organiques; aussi, quand on consulte les divers articles consacrés par les auteurs à ces maladies chroniques des valvules, à l'hypertrophie, aux diverses dégénérescences du tissu du cœur, on ne trouve que de très faibles différences dont il est impossible d'apprécier la valeur. Il serait donc complétement inutile de chercher à présenter

un traitement particulier pour chacune des lésions des diverses valv pourquoi nous allons continuer la description des maladies des orifices, a vant de donner, dans un article général, un exposé des divers moyens mi contre elles. C'est tout ce que l'on peut faire que de séparer, sous le ra rapeutique, ces lésions des autres lésions organiques et de l'hypertrophi culier, car nous verrons, nous le répétons, combien les traitements mi se ressemblent dans tous ces cas.

## ARTICLE VI.

### RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE TRICUSPIDE.

Si l'ossification et l'induration de la valvule tricuspide sont rares, le ment de l'orifice qu'elle est destinée à fermer est bien plus rare encore dans toutes les observations que nous avons pu rassembler, nous n'en av qu'un cas bien évident; il est rapporté par Hope (1). Ce cas n'était pas rétrécissement de l'orifice tricuspide coïncidait avec un rétrécissement dérable encore de l'orifice mitral, en sorte qu'il est impossible de distin le rapport des signes physiques du moins, ce qui appartient à l'une ou à ces deux lésions.

Un bruit de râpe se faisait entendre au premier temps; il y avait de rité du pouls, de l'œdème à la face et aux jambes, des réveils en sursaut, savons que ces symptômes appartiennent aussi bien au rétrécissement mitral qu'au rétrécissement de l'orifice tricuspide. Il n'en est pas de mêm signes qui ont été remarquables dans ce cas, et qui consistaient en un ancienne avec des accès de suffocation intense et un pouls veineux bi dans les jugulaires. Ces derniers signes se rencontrent, il est vrai, quelq le rétrécissement de l'orifice mitral, mais ils n'y sont pas très fréquen remarquable qu'ils se soient montrés à ce degré dans ce cas où il devait gêne de la circulation veineuse, et peut-être l'insuffisance de la circulati naire. Nous n'avons, du reste, rien à ajouter à ce peu de mots sur une lés d'importance pour nous.

## ARTICLE VII.

### RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE AORTIQUE.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le rétrécissement de l'orifice aortique est, après le rétrécissement mit suffisance des valvules de l'aorte, la lésion valvulaire que nous avons plus fréquemment dans les observations. Treize sujets le présentaient, so lésion unique de la membrane interne du cœur, soit concurremment ave lésions de ce genre.

#### § II. — Causes.

Les causes de cette affection sont les mêmes que celles que nous avons pour le rétrécissement de l'orifice mitral, et en général pour toutes les

(1) *Loc. cit.*, p. 371.

des orifices ; il est donc inutile d'y insister. L'*âge* des sujets a varié de dix à soixante et douze ans. La plupart n'avaient point atteint l'âge de cinquante ans. Quant au sexe, il ne paraît pas avoir eu plus d'influence que sur le rétrécissement mitral, puisque sur 13 cas, on trouve 6 femmes et 7 hommes ; mais ces chiffres insuffisants ne peuvent être regardés que comme un commencement de statistique.

### § III. — Symptômes.

*Symptômes locaux.* — La force et l'étendue de l'*impulsion* n'ont point été notées, dans tous les cas, par les auteurs ; en général, elles étaient grandes. Deux fois seulement elles sont notées faibles, sans que l'état de l'organe en donne la raison, puisque l'hypertrophie existait également dans les différents cas ; le trouble de la circulation peut donc être seul invoqué dans ces circonstances.

Aucun cas ne fait mention d'une *voussure* à la région précordiale, quoique quelques auteurs, dans leurs articles généraux, en aient admis l'existence.

Le *frémissement cataire*, sur lequel Laennec a tant insisté, n'a été noté que chez trois sujets, qui cependant ne présentaient rien de particulier. .

Des bruits anormaux de différentes espèces se font entendre à la région précordiale. Ils varient depuis le simple *bruit de souffle* jusqu'au *bruit de scie*, *de râpe* et *de sifflement*. Les auteurs n'ont pas toujours eu soin de marquer exactement le temps auquel ils se produisent ; mais toutes les fois qu'ils l'ont fait, c'est au premier temps que le bruit s'est fait entendre, et dans tous les cas assez peu compliqués pour qu'on pût positivement rapporter ce signe au rétrécissement aortique, il existait uniquement dans ce temps, et ne commençait pas *avant le premier bruit normal*, comme le souffle du rétrécissement mitral.

On a donné comme un des signes appartenant au rétrécissement de l'orifice aortique le *prolongement du bruit dans une certaine étendue de l'aorte ;* mais dans les observations que j'ai rassemblées, il n'y a qu'un seul cas qui fasse mention de ce prolongement, et encore en même temps existait-il une insuffisance aortique qui rendait parfaitement compte du phénomène. Il faut donc, jusqu'à nouvel ordre, admettre que le bruit de souffle du rétrécissement aortique est très borné dans son étendue, et ne se fait guère entendre que dans le point où il se produit.

Nous avons vu plus haut que, suivant Hope, le *pouls* serait bien moins intermittent et inégal dans les cas de rétrécissement aortique que dans ceux de rétrécissement mitral, et que Corvisart était d'une opinion opposée ; on ne trouve qu'un petit nombre de faits qui puissent résoudre cette question, attendu que les complications viennent toujours rendre les explications difficiles ; mais dans les cas que nous avons sous les yeux on voit que, conformément à l'opinion de Hope, le rétrécissement de l'orifice mitral a causé plus fréquemment, et à un plus haut degré, l'intermittence du pouls. Le rétrécissement de l'orifice aortique ne lui donne ce caractère que lorsqu'il est très considérable. Les pulsations des artères sont alors faibles, inégales, souvent interrompues. Lorsqu'au contraire le rétrécissement est faible, le pouls est fort, large, vibrant, ce qui est dû à l'état d'hypertrophie active commençante où se trouve le ventricule gauche.

Les *palpitations* sont, comme dans le rétrécissement mitral, un signe constant de la maladie. Elles n'ont jamais manqué, et doivent être également rapportées à l'hypertrophie des ventricules.

La *dyspnée* s'observe un peu moins fréquemment dans le rétrécissement aortique que dans celui de l'orifice mitral; elle n'est portée au plus haut degré que dans les cas où le rétrécissement est très considérable, et où le ventricule hypertrophié ne pouvant, malgré son énergie nouvelle, faire passer librement le sang dans le système artériel, il y a stase de ce liquide dans les cavités gauches, et, par suite, trouble de la circulation pulmonaire.

Bien que les auteurs aient parlé de la *coloration de la face* comme offrant quelques caractères particuliers, on ne la trouve presque jamais mentionnée dans les observations, en sorte qu'on ne peut pas, sous ce rapport, savoir d'une manière positive si l'état de la face offre quelque chose de particulier dans la lésion qui nous occupe. On n'a pas non plus noté de battements artériels dans la tête, ni de crachement de sang, ni de bouffées de chaleur à la face.

La *douleur locale* manque dans un assez grand nombre de cas. Lorsqu'elle existe, elle est peu vive et reste ordinairement bornée à la région précordiale, et elle constitue plutôt un sentiment de gêne qu'une douleur caractérisée. Un seul malade était sujet à éprouver des douleurs de tête.

L'*œdème* paraît être lié d'une manière plus étroite encore avec le rétrécissement aortique qu'avec le rétrécissement mitral, puisque, dans tous les cas où les auteurs ont recherché son existence, ils l'ont noté à un degré assez avancé. Il commence ordinairement par les extrémités inférieures. Chez un sujet, il a pu rester borné aux paupières; mais lorsque la maladie a une durée considérable, il devient général, et il se produit parfois une ascite. Dans aucun des cas publiés, on n'a signalé d'épanchement séreux dans d'autres cavités, quoiqu'il ne soit pas douteux qu'il puisse en exister dans cette maladie.

Le *pouls veineux* n'a été noté que deux fois dans les observations que nous possédons, et encore ne peut-on savoir s'il faut l'attribuer uniquement au rétrécissement aortique, puisqu'il existait des complications qui pouvaient également le produire.

Tels sont les symptômes qu'on doit rapporter à cette grave lésion. On voit que, lorsqu'on ne veut pas se contenter d'une description approximative et générale, on trouve beaucoup de difficulté à distinguer les signes qui sont propres aux diverses espèces de rétrécissements; mais nous avons dû nous borner à exposer ce qui est mis hors de doute par les faits, montrant ainsi de quelle manière on parviendra à établir un peu d'ordre et de précision dans cette histoire si compliquée des maladies du cœur.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Comme toutes les lésions chroniques du cœur, celle-ci donne lieu à des symptômes dont la *marche* est irrégulière, surtout dans les premiers temps. On voit alors à un état très grave, occasionné par des causes très diverses, succéder une période plus ou moins longue de calme, pendant laquelle les principaux symptômes, sans en excepter l'infiltration séreuse, disparaissent plus ou moins complétement; mais bientôt tous les signes se reproduisent, et ordinairement avec une nouvelle intensité.

Nous ne possédons que des recherches fort incomplètes sur la *durée* de l'affection. Dans le petit nombre de cas où le rétrécissement aortique était la seule lésion

qui existait aux orifices du cœur, et où les progrès de la maladie de cet organe ont seuls amené la mort, la terminaison fatale est survenue de trois mois à cinq ans après le début. Dans un cas cité par M. Bouillaud, la maladie a duré dix ans; mais comme il y avait en même temps une affection grave de l'aorte, on ne peut savoir si l'affection du cœur existait au début, ou si elle n'a été que consécutive à l'affection artérielle. Au reste, il suffit de dire que, dans la plupart des cas, on n'a pu déterminer le début de la maladie que d'une manière fort vague, pour faire sentir qu'on ne doit avoir qu'un léger degré de confiance dans cette détermination de la durée de l'affection. Il faut attendre des observations plus nombreuses et plus exactes pour se prononcer positivement sur ce point.

La *terminaison* fatale de la maladie a été plus souvent occasionnée par les seuls progrès de la lésion du cœur dans le rétrécissement aortique que dans le rétrécissement mitral. Dans le cas de M. Bouillaud déjà cité, une apoplexie hépatique est venue la hâter; dans un autre, rapporté par M. Charcellay, c'est une affection abdominale non caractérisée; enfin il y a eu un cas de sphacèle du membre inférieur, qui est le même que celui que j'ai cité plus haut à l'article du rétrécissement mitral, car il y avait complication de ces deux lésions. En somme, c'est par la mort que se termine le rétrécissement aortique. Comme dans le rétrécissement mitral, on a pu, à l'aide du traitement, prolonger les jours du malade, et lui procurer des améliorations de plus ou moins longue durée; mais jamais on n'a obtenu une guérison radicale.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ne doivent pas nous arrêter longtemps; ce sont, en effet, à peu près les mêmes que celles que nous avons trouvées dans le rétrécissement mitral : induration, cartilaginification, ossification, adhérence des valvules plus ou moins déformées; réduction de l'orifice en un pertuis irrégulier, affectant des formes diverses; quelquefois rétrécissement porté au point de ne laisser passer qu'un petit pois (1). Les indurations commencent souvent par les tubercules d'Arantius, et envahissent ensuite le bord libre des valvules; d'autres fois c'est au contraire par la base que l'invasion a lieu, et Corvisart avait même fait une variété de cette induration partielle.

Il serait inutile d'insister plus longtemps sur ces lésions, qui présentent des nuances nombreuses. Il suffit de rappeler que l'immobilité, la rigidité des valvules qui ne peuvent plus faire l'office de soupape, ainsi que la diminution notable de l'ouverture par laquelle le sang doit être projeté dans les artères, en sont les principaux résultats.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Les difficultés du diagnostic de cette affection proviennent, comme dans le rétrécissement mitral, de la grande fréquence des complications. Il est à peine nécessaire de rappeler ici les symptômes qui appartiennent en propre à cette lésion; ils ont été longuement décrits plus haut; nous nous contenterons donc de les énumérer.

(1) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1845, t. II, p. 210.

Bruit de souffle, de râpe, de lime, de scie, etc., *pendant le premier t*
ayant son maximum d'intensité à la base du cœur; se prolongeant à une
distance dans le trajet de l'aorte, et nullement vers la pointe de l'organe; qu
fois intermittence et irrégularité du pouls.

Si maintenant nous recherchons avec quelles autres lésions organiques on
rait confondre celles qui donnent lieu à de pareils signes, nous voyons : 1
l'insuffisance aortique doit être mise de côté, puisque le bruit anormal a li
*second temps;* 2° que le rétrécissement mitral donne lieu à un bruit de souf
*précède* le premier temps, ce que nous nous contenterons de rappeler d
tableau synoptique; 3° que le rétrécissement pulmonaire présente des signes
blables, et que les observations sont insuffisantes pour rechercher s'il y aurait
ces deux affections quelques signes distinctifs; 4° que l'état chlorotique e
mique donne lieu à un bruit de souffle parfois double, étendu à une grande
du système artériel; 5° que, dans les maladies de l'aorte, les bruits anor
existant ordinairement dans la diastole aussi bien que dans la systole du vai
ont leur maximum d'intensité à un point plus ou moins éloigné de la base du
et ont une étendue plus ou moins considérable.

Tel est le diagnostic différentiel de la maladie qui nous occupe; mais i
ajouter que, dans un nombre assez considérable de cas, le rétrécissement ao
coïncide avec une insuffisance du même orifice. Alors le diagnostic devient u
plus difficile, mais non impossible, puisqu'on trouve des signes correspondant
deux états : le bruit anormal *au premier temps* pour le rétrécissement, et *au s*
*temps* avec un timbre généralement plus doux pour l'insuffisance.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

#### 1° *Signes positifs du rétrécissement de l'orifice aortique.*

Bruit anormal (de souffle, de râpe, de lime, etc.), *pendant le premier temps.*
Ayant son maximum d'intensité *à la base du cœur.*
*Nul vers la pointe;* se prolongeant un peu dans l'aorte.
Dans plusieurs cas, *intermittence,* irrégularité du pouls.

#### 2° *Signe distinctif du rétrécissement et de l'insuffisance aortique.*

4

| RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE. | INSUFFISANCE AORTIQUE. |
|---|---|
| Bruit de souffle *au premier temps.* | Bruit de souffle *au second temps.* |

#### 3° *Signes distinctifs du rétrécissement aortique et du rétrécissement mitr*

| RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE. | RÉTRÉCISSEMENT MITRAL. |
|---|---|
| Bruit anormal commençant *avec* le premier bruit normal. | Bruit anormal commençant *un peu* ( le premier bruit normal. |
| Se prolongeant un peu *dans la direction de l'aorte.* | Se prolongeant *vers la pointe du c* cessant au-dessus de la base. |

4° *Signes distinctifs du rétrécissement aortique et de l'état chlorotique et anémique.*

| RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE. | CHLOROSE, ANÉMIE. |
|---|---|
| Bruit de souffle, etc., *simple* au premier temps, à moins de complication. | Bruit de souffle *parfois double* ; se prolongeant dans une grande étendue du système artériel. |
| *Absence des signes généraux* de la chlorose et de l'anémie. | *Signes généraux* de la chlorose et de l'anémie. |

5° *Signes distinctifs du rétrécissement aortique et des maladies de l'aorte donnant lieu au bruit de souffle.*

| RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE. | MALADIES DE L'AORTE. |
|---|---|
| Bruit anormal *seulement au premier temps.* | Bruit anormal *double.* |
| *Borné* à une petite étendue. | *S'étendant plus ou moins loin* dans le vaisseau. |
| Plus *profond.* | Plus *superficiel.* |

*Pronostic.* — Ce que nous avons dit de la terminaison de la maladie nous dispense d'insister sur le pronostic, qui est d'autant plus grave que les symptômes deviennent plus permanents.

### § VII. — Traitement.

Pas plus que pour le traitement du rétrécissement mitral, nous ne connaissons aucun moyen que l'on puisse appliquer particulièrement au rétrécissement aortique. Il faut donc nécessairement renvoyer ce que nous devons en dire après la description de toutes les lésions des orifices.

## ARTICLE VIII.

### RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE PULMONAIRE.

Les observations de ce genre sont peu nombreuses. Parmi les faits publiés, il en est trois remarquables qui ont été cités par M. Bouillaud, et qui appartiennent à Bertin (1), à M. Louis (2) et à M. Burnet (3).

Nous ne trouvons aucune *cause* particulière de cette lésion, si ce n'est toutefois, comme cause prédisposante, une circonstance remarquable qui s'est rencontrée dans deux des trois cas que nous venons de mentionner : c'est celui de la communication des cavités gauches avec les cavités droites, par le trou de Botal non oblitéré, dans un cas, et par une ouverture anormale de la cloison interventriculaire, dans l'autre. Le mélange possible du sang artériel et du sang veineux aurait-il agi sur la membrane interne des cavités droites, comme le sang artériel sur celle des cavités gauches?

(1) *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, 1824.
(2) *Mém. ou Rech. anat.-pathol.*, 1826 : *De la communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur.*
(3) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1831.

Les *signes physiques* n'ont point été recherchés d'une manière très exacte dans ces cas. M. Burnet a trouvé un *bruit de souffle* fort et prolongé au premier temps. Il y avait aussi un bruit de souffle dans le cas cité par M. Louis, mais le temps n'est pas indiqué. Deux fois le *frémissement cataire* a été observé. Quant aux palpitations, elles ont été toujours fortes, avec une *impulsion* notable et étendue. M. Burnet a trouvé une *matité* occupant un grand espace.

La *douleur* n'est mentionnée qu'une fois; elle était aiguë; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'était la *coloration de la face* et la *gêne de la respiration*. La face, en effet, présentait au plus haut point les signes attribués à la stase du sang veineux dans la grande circulation : couleur violacée, animation, lèvres bleuâtres, tels sont les caractères qu'elle présentait, et, de plus, dans un cas les membres étaient marbrés de blanc et de violet, ce qui annonçait une gêne plus grande dans la circulation veineuse. Quant à l'*œdème*, il était général dans deux cas, et n'est pas mentionné dans l'autre. Chose remarquable, le pouls veineux n'a été signalé dans aucun de ces cas.

Nous ne trouvons dans la description précédente que la gêne de la circulation veineuse et de la respiration qui aient quelque chose de propre au rétrécissement de l'orifice pulmonaire, et encore faut-il remarquer que ces signes, bien que paraissant parfois à un plus haut degré dans les cas où cette lésion existe, se remarquent fréquemment dans les rétrécissements des orifices gauches; de telle sorte qu'à moins que de nouvelles observations ne viennent jeter un nouveau jour sur l'histoire de cette lésion, il est impossible d'en rien dire de bien positif, et c'est pourquoi nous ne pousserons pas plus loin cette description.

Nous ajouterons seulement que dans deux de ces trois cas la maladie a eu une *durée* beaucoup plus longue que celle des cas ordinaires de rétrécissement des orifices gauches. Elle a été, en effet, de dix ans et de treize ans et demi. Dans le troisième cas, elle est évaluée à six mois, mais il s'agissait d'un enfant de sept ans chez lequel il y avait des lésions du ventricule et du foie extrêmement graves. Au reste, ce sont là des données établies sur un trop petit nombre de faits pour qu'on doive en tirer une conclusion rigoureuse.

## ARTICLE IX.

### INSUFFISANCE DE LA VALVULE MITRALE.

Cette lésion est beaucoup *moins fréquente* que le rétrécissement du même orifice et que l'insuffisance aortique; nous n'en avons trouvé, dans les observations, que 6 cas, et parmi ces 6 cas il n'en est qu'un seul dans lequel les lésions étaient bornées à cet orifice. Sans donc nous arrêter à des détails sur lesquels nous n'aurions que des données très vagues à présenter, indiquons rapidement les principaux signes notés dans les observations, et principalement dans celle qui a été rapportée par Hope.

Le *bruit de souffle* a été entendu, au premier temps, par Hope et M. O'Ferral (1), qui malheureusement ne disent pas s'il était possible de constater le moment précis

(1) *Dublin Journal of med. sc.*

de l'apparition de ce souffle, et s'il avait lieu seulement *à la fin* du premier temps. Dans les autres cas, la lésion étant compliquée d'insuffisance des valvules aortiques ou de rétrécissement mitral, il est difficile de démêler ce qui appartient en propre à l'insuffisance de ce dernier orifice. Dans un cas observé par M. Williams (1), l'insuffisance était due à la rupture de la valvule. Du reste, on a observé les mêmes symptômes généraux que dans les affections précédentes, quoiqu'un peu moins prononcés généralement. Chez le sujet observé par M. Williams, les urines étaient albumineuses.

N'insistons pas davantage sur une lésion qui, nous le répétons, n'existe presque jamais seule, et qui peut être regardée comme une simple complication.

## ARTICLE X.

### INSUFFISANCE TRICUSPIDE.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'insuffisance de la valvule tricuspide, qui presque toujours est compliquée de rétrécissement aortique ou mitral. En examinant attentivement les observations, nous n'avons rien trouvé qui appartînt en propre à cette lésion, si ce n'est, comme pour les autres altérations des cavités droites, une gêne plus grande de la circulation et une stase sanguine plus considérable dans le système veineux. Quant aux bruits anormaux qu'on pouvait rapporter à la lésion qui nous occupe, c'est au premier temps qu'ils se sont fait entendre, et très probablement au moment correspondant à la contraction ventriculaire. Dans les cas d'insuffisance tricuspide, comme dans les cas d'insuffisance mitrale, c'est le reflux du sang à travers l'orifice altéré, ou la *régurgitation*, suivant l'expression de Hope, qui donne lieu au bruit anormal; et par conséquent ce bruit doit se produire au moment de la contraction ventriculaire.

Passons maintenant à la description de l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, sur laquelle des travaux importants ont été publiés dans ces dernières années, et qui nous offre un bien plus grand intérêt.

## ARTICLE XI.

### INSUFFISANCE AORTIQUE.

Cette affection est, avons-nous dit, une de celles qui ont, dans ces derniers temps, attiré plus spécialement l'attention des observateurs. On en trouve quelques exemples, mais à peine indiqués et présentés presque uniquement sous le rapport anatomique, dans Morgagni, Sénac et Selle. En 1831, Hope avait déjà dit quelques mots de cette affection, mais il n'en avait parlé que d'une manière fort incomplète, et principalement sous le rapport de l'état du pouls, lorsque le professeur Corrigan (2) publia ses observations et donna une description de la maladie, à laquelle on n'a apporté depuis que quelques modifications. Peu de temps après, M. le docteur A. Guyot, dans un mémoire fort remarquable (3), en rapporta plusieurs observations

(1) *London medical Gazette*, 1847.
(2) *Edinburgh med. and surg. Journal*, avril 1832.
(3) *Archives gén. de méd.*, 2ᵉ série, t. V, p. 325.

très intéressantes. Enfin, plus tard, MM. Charcellay (1), le docteur W[illegible] Henderson (2), Aran (3), etc., ont publié des travaux fort importants sur ce poi[illegible] pathologie. Malgré ces recherches, il est resté quelques doutes et quelques o[illegible]rités sur plusieurs questions qui se rattachent à cette affection; nous allons exp[illegible] ce qu'il y a de plus positif dans l'état actuel de la science.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom d'*insuffisance de l'orifice aortique* à tout état des valvules [illegible] permet au sang déjà lancé dans l'aorte de refluer dans le ventricule; nous dé[illegible]rons plus loin les diverses altérations qui peuvent donner lieu à ce cours du s[illegible] en sens inverse.

Presque tous les auteurs ont désigné cette affection sous le nom que nous [illegible] conservons; cependant Hope la nomme *régurgitation à travers les valvules a[illegible]tiques.*

La *fréquence* de cette affection n'est pas très grande, surtout à l'état de sim[illegible]cité; mais il arrive assez souvent que, dans les rétrécissements de l'orifice aorti[illegible] les valvules étant adhérentes ou indurées, ne peuvent point obstruer complète[illegible] l'orifice, et alors il y a rétrécissement avec insuffisance. Nous en possédons m[illegible]tenant un assez grand nombre d'observations, dont une bonne partie a été recueil[illegible] par les médecins anglais.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que très peu de choses à dire relativement à ces causes. En général, les observations sont muettes sur la plupart des détails les plus importants. Voici ce qu'elles nous apprennent. L'*âge* a varié de dix-huit à soixante-six ans. Le plus souvent les sujets étaient âgés de vingt-cinq à cinquante ans : d'où il suit que la maladie qui nous occupe ne saurait être regardée comme étant, dans la majorité des cas, la suite des progrès de l'âge. Il est remarquable que sur 17 sujets pris au hasard, il se trouve 15 hommes et seulement 2 femmes. Le chiffre est trop faible pour qu'on en puisse rien conclure, car il peut y avoir eu une simple coïncidence; toutefois ce fait doit attirer l'attention des observateurs.

Parmi les affections antécédentes éprouvées par les malades, il n'en est aucune qui ait été observée plus fréquemment que le *rhumatisme articulaire*; c'est aussi la seule qu'on puisse regarder comme cause prédisposante de la maladie qui nous occupe (4). Aucune autre circonstance particulière ne ressort de l'examen des observations.

#### 2° Causes occasionnelles.

Dans deux cas cités par MM. Guyot et Henderson, la cause occasionnelle de l'affection paraît avoir été un *effort* ou un *coup violent*, et, dans ces cas, les premiers

(1) *Thèse*. Paris, 1836.
(2) *Edinburgh med. and surg. Journal*, octobre 1837.
(3) *Recherches sur les signes et le diagnostic de l'insuffisance des valvules de l'aorte* (*Arch. gén. de médecine*, 3e série, 1842, t. XV, p. 265).
(4) Voy. Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire*. Paris, 1840, in-8.

symptômes ont apparu d'une manière subite. Nous avons observé récemment un cas semblable. M. le docteur Richard Quain (1) a, de son côté, réuni quatre observations dans lesquelles la maladie survint subitement dans un effort. Dans aucun autre, on n'a pu découvrir l'existence d'une cause occasionnelle.

### § III. — Symptômes.

*Début.* — Dans la grande majorité des cas, le début de l'affection est graduel. Les sujets éprouvent les symptômes communs aux diverses maladies du cœur : gêne dans la région précordiale, palpitations, dyspnée, apparition et disparition d'œdèmes partiels, et ces symptômes vont sans cesse croissant, quoique d'une manière irrégulière, jusqu'à ce qu'enfin la maladie se présente avec les phénomènes que nous allons bientôt décrire. Dans quelques cas, au contraire, le début est brusque. Nous avons cité plus haut ceux qui ont été rapportés par MM. Guyot, Henderson et R. Quain, et celui que nous avons observé nous-même. M. Aran en a fait connaître un autre dans lequel, spontanément, sans cause occasionnelle appréciable, et au moment où le malade se mettait au lit, il est survenu une dyspnée notable et une syncope, phénomènes qui se sont ensuite reproduits, et qui ont été suivis des symptômes croissants d'une insuffisance des valvules.

Dans les cas observés par M. Richard Quain, on nota trois fois une douleur subite et excessive à la région du cœur. Nous avons eu occasion d'observer un cas, qui nous paraît semblable, sur un officier de cavalerie. Les symptômes de l'insuffisance se sont en effet déclarés après une douleur déchirante et subite à la région du cœur. Nous verrons plus loin à quelle lésion particulière il faut attribuer ce début subit.

*Symptômes.* — Lorsque la maladie est confirmée, le médecin a à considérer les symptômes locaux et les symptômes généraux. Les premiers sont ceux qui ont été étudiés avec le plus de soin et qui le méritaient, car ils servent particulièrement à caractériser la maladie.

M. Corrigan avait donné comme le principal signe de l'insuffisance des valvules aortiques l'existence d'un *bruit de souffle* s'étendant à une grande partie de l'aorte, et qui, selon lui, *remplaçait le second bruit du cœur*. M. Guyot adopta cette manière de voir, en s'appuyant sur ses propres observations. On admettait généralement ce signe comme le plus important, lorsque M. Henderson chercha à prouver qu'il n'avait pas toute la valeur qu'on lui supposait. Il se fonda : 1° sur ce que, dans certains cas, le bruit de souffle au second temps n'a pas été signalé; 2° sur ce que le bruit anormal peut appartenir aussi bien à un rétrécissement de l'orifice mitral qu'à l'insuffisance aortique. Nous savons maintenant à quoi nous en tenir sur cette dernière objection. Quant à la première, l'examen des observations va nous apprendre ce qu'il faut penser de l'opinion de M. Henderson. Dans 12 cas empruntés aux divers auteurs, dans le but d'éclaircir cette question, un bruit anormal a constamment existé au second temps; dans un bon nombre de ces cas, il est vrai, le souffle existait également au premier temps; mais on en trouve une raison suffisante dans l'existence de complications telles qu'un rétrécissement mitral ou aortique. Ce sont surtout, ainsi que l'a fait remarquer M. Aran, les cas d'insuffi-

(1) *Monthly Journal of med. sc.*, décembre 1846.

sance avec rétrécissement qui ont fait regarder le diagnostic comme douteux, parce qu'on n'a pas assez réfléchi qu'il y avait un bruit appartenant au rétrécissement, et se passant au premier temps, et un autre dû à l'insuffisance, ayant lieu au second temps. Ce qui ne laisse aucun doute sur la réalité de cette explication, c'est que, dans les cas où l'insuffisance existait seule, le bruit anormal était borné au second temps, sans aucune exception.

Les nuances que peut présenter ce bruit anormal n'ont qu'une valeur secondaire. On lui a trouvé le caractère d'un murmure musical, d'un sifflement, d'une espèce de bourdonnement, ou d'un bruit semblable au roucoulement d'un pigeon, comme le docteur Watson (1) en a cité des exemples. Il est très rare que ce murmure soit rude et ressemble au bruit de scie ou de râpe, si fréquent dans les cas de rétrécissement; aussi a-t-on fait de sa douceur et de son peu d'intensité un caractère particulier à l'insuffisance des valvules. Mais la douceur ou la rudesse du son dépendant non-seulement de la force du courant sanguin, mais encore de l'état d'induration ou de mollesse des valvules, il en résulte que cette règle n'est pas constante. En effet, nous avons sous les yeux des observations dans lesquelles le bruit anormal s'est rapproché du bruit de râpe et a pris un assez haut degré d'intensité.

Le *point* dans lequel se produit le bruit de souffle est très important à noter. On voit, dans les observations, qu'il a son maximum d'intensité un peu au-dessus de la base du cœur, et qu'il se fait entendre à une assez grande hauteur dans le trajet de l'aorte.

Il n'est pas difficile de se rendre compte de l'existence de ce bruit de souffle. Les valvules altérées, ne pouvant plus oblitérer le calibre de l'aorte, se rapprochent néanmoins, mais ne réussissent qu'à former un véritable rétrécissement, car elles laissent entre elles un simple pertuis plus ou moins considérable. Il s'ensuit que le sang, repoussé par la systole artérielle vers le ventricule, trouve un orifice anormal avec toutes les conditions nécessaires pour produire les vibrations qui donnent lieu au bruit de souffle. Mais ici une objection peut se présenter : comment admettre, dans la théorie de M. Beau, que le sang rentre dans le ventricule, lorsque celui-ci est contracté ? C'est là une de ces difficultés dont nous avons parlé. Toutefois elle ne me paraît pas insurmontable. On conçoit très bien qu'après une contraction très active, le ventricule, rentrant dans le repos, se laisse relâcher un peu par l'effort de la *régurgitation* sanguine, et c'est probablement ce qui a lieu. M. Beau d'ailleurs (2) fait remarquer que dans le repos le ventricule est, non pas contracté, mais *en contractilité*, ce qui permet la distension par le retour du sang. Au reste, cette difficulté se retrouve dans toutes les théories, excepté dans celle de la dilatation active, qui a si peu de partisans. Si, en effet, on n'admet pas cette dilatation active ; si, comme Hope, le comité de Londres, etc., on ne reconnaît qu'une dilatation causée par le sang venu de l'oreillette, il n'y a pas plus de raison d'admettre la possibilité du reflux du sang dans le ventricule.

Les cas dans lesquels le docteur Henderson assure qu'il n'existait aucun bruit anormal ont-ils été bien observés ? C'est ce qu'il nous est impossible de décider,

(1) *London medical Gazette*, vol. XIX.
(2) *Archives gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1844, t. V, p. 523.

puisque cet auteur ne cite pas les observations. Nous avons dit que, suivant MM. Corrigan et Guyot, le second bruit normal est remplacé par le bruit anormal; mais MM. Beau et Gendrin, ayant pratiqué l'auscultation au delà des limites où se fait entendre ce dernier bruit, ont constaté que le second bruit normal existe encore, ce que le dernier de ces deux auteurs attribue uniquement à la persistance du bruit normal dans les parties droites du cœur; opinion que nous discuterons plus tard. Il résulte de ce qui précède qu'un *bruit anormal au second temps* est un signe constant de l'insuffisance des valvules aortiques, et que si, dans quelques cas, on a trouvé au premier temps quelque bruit de ce genre, c'est qu'il y avait complication.

Le *frémissement vibratoire* ou *cataire* s'observe rarement dans les cas d'insuffisance aortique, surtout lorsqu'il n'y a aucune complication; cependant il a été noté dans trois des cas que nous avons sous les yeux, et dans deux de ces cas il se prolongeait dans une grande étendue de l'aorte et jusque dans les carotides.

Après les bruits que l'on entend à la région précordiale, il n'est point de signe plus important que l'état du *pouls*. Déjà Hope lui avait reconnu un caractère vibrant et bondissant très remarquable. M. Corrigan, après avoir noté ce fait, constata en outre que les pulsations des diverses artères du corps devenaient visibles. Ce phénomène est surtout notable dans les artères des membres supérieurs, et on peut le rendre encore plus évident en faisant élever les bras; alors on voit dans le creux de l'aisselle, au pli du coude, et même à la partie inférieure du bras, dans le trajet de la radiale, des battements forts et larges. M. Henderson, sans nier l'importance de ces caractères du pouls, a cru en trouver un plus digne d'attention encore, dans l'*intervalle* qui existe entre les battements du cœur et la diastole de l'artère. Il a vu, en effet, que dans les carotides les battements ne se faisaient sentir qu'un temps assez notable après qu'on avait entendu ceux du cœur, et, selon lui, même en admettant, avec Sœmmering, Magendie, Weber, etc., qu'il y a dans l'état normal un intervalle sensible entre le battement cardiaque et le battement artériel, ce signe n'aurait pas une moindre valeur, puisque cet intervalle devient évidemment beaucoup plus considérable. C'est là un symptôme qui n'a pas été suffisamment étudié par les observateurs, et qui cependant mérite toute leur attention, car les faits cités par M. Henderson sont fort remarquables.

Le pouls est ordinairement large, et néanmoins, ainsi que l'a noté M. Aran, il ne présente pas de dureté réelle, car, dans l'intervalle de deux diastoles, on peut facilement le déprimer. Il est habituellement fréquent, et le devient beaucoup plus lorsque le malade éprouve une émotion. Il est vif, rapide, c'est-à-dire que la pulsation se fait sentir pendant un instant très court. Enfin on a mentionné comme faisant partie des symptômes de l'insuffisance aortique une flexuosité visible des artères sous-cutanées; mais nous devons dire que ce signe n'est pas mentionné dans les observations.

Tels sont les symptômes qui ont été donnés comme caractéristiques de l'insuffisance des valvules aortiques; mais il en est quelques autres qui, quoique d'une moindre importance, méritent d'être indiqués ici.

Les *palpitations* dues à la gêne que le reflux apporte dans le cours du sang et à l'hypertrophie qui en est le résultat se font sentir avec une force plus ou moins grande. L'*impulsion* est forte et étendue; la *matité* occupe un espace ordinaire-

ment plus grand qu'à l'état normal ; il y a fréquemment de la *dyspnée* et des *de suffocation*, qui peuvent être portés quelquefois jusqu'à l'*orthopnée* ; la souvent bouffie, est dans quelques cas livide et bleuâtre, et dans d'autres, au traire, pâle. Le *pouls veineux* a été rarement observé ; il n'en est fait que dans un seul cas où l'insuffisance n'était accompagnée d'aucune autre des orifices.

On a rarement constaté l'existence d'une *douleur* marquée. Dans les cas en existait une, elle avait son siége à la région précordiale.

Quelques accidents du côté du système nerveux, tels que des *éblouisse* des *bourdonnements d'oreilles*, des *vertiges*, de l'*insomnie*, ont été notés d petit nombre de cas. M. Charcellay rapporte l'observation d'un individu, qui, la fin de son existence, eut un coma *assez* prolongé. L'*œdème* manque rare même dans les cas où l'insuffisance existe seule. Ordinairement borné aux e mités, et surtout aux extrémités inférieures, il devient quelquefois général, voit même se produire une hydropisie ascite ; M. Aran en a rapporté un ex M. R. Quain a noté, dans des cas où le début fut subit, que l'œdème ne se duit qu'au bout d'un temps assez long. Ainsi, dans un cas, il n'apparaît bout de deux ans ; dans un autre, au bout de dix-huit mois, et chez un su bout de quatorze. Enfin, dans un cas, on a noté des *crachements de sang* fré et abondants.

Ces derniers symptômes sont communs à l'affection qui nous occupe et à les lésions des orifices qui gênent considérablement le cours du sang ; il serait important qu'on fît des recherches destinées à nous apprendre dans quelle pro tion ils se montrent, suivant qu'il existe telle ou telle lésion. C'est un trava n'a pas été entrepris et pour lequel les matériaux que nous avons rassemblés s insuffisants.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il est fort difficile, avec les observations incomplètes des auteurs, de tracer e tement la *marche* de cette affection. L'opinion générale est que, de toutes lésions des valvules, l'insuffisance de l'aorte a la marche la plus lente et en m temps la moins régulière. Nous n'avons guère, pour nous guider dans la solu de cette question, que la *durée* de la maladie ; mais encore ici nous nous t vons arrêté par deux difficultés : la première, c'est que les auteurs n'ont pas s samment fixé leur attention sur ce point ; et la seconde, c'est qu'il est surv dans plus de la moitié des cas, une affection nouvelle qui a rapidement emp le malade. Dans deux cas observés, l'un par M. Guyot, et l'autre par M. A l'affection a duré une fois quatre ans, et l'autre fois quatorze ans. On voit qu limites de cette durée peuvent être très étendues ; mais nous n'avons ri en dire de plus positif.

Quant à la *terminaison*, elle est toujours fatale. Lorsque la mort est due seuls progrès de la maladie du cœur, on voit la circulation s'embarrasser de en plus, l'œdème faire des progrès, et, après plusieurs alternatives de rémissio de récidives, le sujet succomber comme dans une longue asphyxie. Dans d'au cas, au contraire, une pneumonie, une pleurésie, l'apoplexie ulmonaire qui s

observée par MM. Henderson et Charcellay, sont de nouvelles causes de mort qui viennent hâter la terminaison fatale. Hope, et ensuite M. Charcellay, ont admis une insuffisance aiguë des valvules, due à une tuméfaction, à une déformation momentanée, à la présence de fausses membranes récentes dans les cas d'endocardite aiguë. Dans ces cas, dont l'existence avait été prévue par M. Guyot, on peut espérer la guérison de la maladie; mais on n'a cité qu'un petit nombre d'exemples de ce genre, exemples qui sont douteux, vu la grande difficulté du diagnostic. Celui que M. Charcellay a rapporté, en particulier, manque des détails les plus nécessaires pour donner une valeur réelle à l'observation.

## § V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques, soigneusement décrites par les auteurs, sont très variables. M. Corrigan a indiqué comme cause matérielle de l'insuffisance la transformation fibreuse, cartilagineuse et osseuse des valvules; la destruction du bord libre de ces valvules; leur perforation, leur rupture, et enfin leurs végétations. C'est à ces lésions, dont il avait constaté l'existence, que M. Guyot a ajouté certaines hypérémies actives et circonscrites aux valvules aortiques. Enfin M. Charcellay en a signalé de nouvelles qui sont dues à une adhérence entre les bords des valvules voisines ou opposées, et à la procidence ou prolapsus d'une ou plusieurs d'entre elles. On peut, sous ces divers chefs, décrire toutes les nuances d'altération notées par les observateurs.

La transformation fibreuse, cartilagineuse, osseuse, empêchant les valvules d'opérer complétement leurs mouvements, ne leur permet pas d'oblitérer suffisamment l'orifice, et de là reflux ou régurgitation. Les végétations, en s'opposant à ce que les bords voisins arrivent à une contiguïté parfaite, peuvent également laisser un pertuis par lequel repasse le sang. L'adhérence de deux valvules voisines ou opposées peut produire le même effet, et c'est alors surtout que l'orifice aortique paraît obstrué par un diaphragme fibreux, au milieu duquel existe une ouverture irrégulière et à bords rigides; il y a dans ces cas insuffisance avec rétrécissement. La destruction du bord libre des valvules laisse nécessairement un passage au retour du sang.

Quant à la perforation, à la déchirure et à la rupture, elles méritent de nous arrêter un instant. C'est surtout dans ces cas, dont MM. Guyot, Aran, R. Quain, nous ont donné les principaux exemples, qu'on a vu les symptômes se produire tout à coup; ce que l'on conçoit facilement, car la lésion pouvant arriver instantanément, des accidents graves doivent se manifester de même. Tantôt la perforation est simple et irrégulière, tantôt elle est multiple et la base des valvules est criblée d'ouvertures qui lui donnent un aspect réticulé. La procidence ou le prolapsus d'une valvule a été constaté par M. Charcellay. Lorsque cette lésion existe, un de ces opercules, au lieu de venir en contact immédiat avec les autres, est refoulé plus inférieurement par le sang, qui, glissant sur sa face supérieure, tend à rentrer dans le retrait des valvules dû à une inflammation antécédente; car il est facile de se faire une idée suffisante de ces lésions.

Mais il est un autre état de l'orifice aortique qui mérite d'être mentionné. Ici l'insuffisance ne dépend pas de l'altération des valvules : elles sont mobiles, saines,

et conservent leurs proportions normales; mais l'aorte se trouvant dilatée fr... ment, elles ne sont plus aptes à oblitérer complétement l'ouverture, et dès lors il y a insuffisance par dilatation de l'aorte. C'est M. A. Guyot qui le premier a ... l'attention sur ce point.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

D'après ce qui a été dit plus haut, l'insuffisance des valvules, lorsqu'elle ... sans lésion concomitante d'un autre orifice, ne présente pas de grandes diff... de diagnostic. Rappelons en peu de mots les signes qui viennent nous écl... pareil cas.

Bruit de souffle au second temps, quelquefois converti en murmure m... roucoulement, etc., mais ordinairement ne donnant aucune sensation de ... se produisant au niveau de la troisième côte, se continuant dans le trajet de l'a... et souvent même dans les carotides et les axillaires. Pouls large, régulier, ... rapide, très visible surtout dans les membres supérieurs, lorsque le malade ... les bras; suivant M. Henderson, intervalle notable entre le battement du cœur ... la pulsation d'une artère éloignée; enfin, parfois, flexuosités des artères ... cutanées.

Voyons maintenant avec quelles affections on pourrait confondre celle qui d... lieu à de pareils signes. Nous avons déjà montré plus haut que le *rétrécis... mitral* ne saurait être de ce nombre, quoique ce soit la maladie qui paraît ... embarrassé le plus les auteurs, et en particulier M. Henderson. Nous avons r... en effet, que le rétrécissement mitral donnait lieu à un bruit de souffle au premi... et non au second temps, comme les auteurs l'ont si singulièrement avancé. Il ... suffira donc de rappeler ce diagnostic dans le tableau synoptique.

Nous agirons de même, et pour le même motif, pour le *rétrécissement aorti...* Quant à l'*insuffisance des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire*, nous n'... point à nous en occuper, puisqu'on ne trouve pas une seule observation conve... blement recueillie qui fasse mention de cette lésion.

L'*insuffisance mitrale* et *tricuspide* donne lieu également à un bruit de souf... au premier temps, et, pour les mêmes raisons, ne peut être confondue avec l'insuf... fisance aortique.

On le voit donc, il n'y a point de lésion organique des orifices qui puisse être prise pour celle qui nous occupe. Dans les cas de complication, il existe, il est vrai, un mélange de bruits au premier et au second temps; mais le dernier est toujours le signe pathognomonique de l'insuffisance, et l'autre sert à faire reconnaître la complication.

Restent donc les cas où il se produit des bruits de souffle sans lésion organique. Dans ces cas, en effet, on peut entendre, vers la base du cœur, un double bruit de souffle; mais alors le second bruit anormal ne se produisant que dans les artères, puisque les valvules ferment exactement l'orifice aortique, il ne se prolonge pas vers la pointe du cœur, comme le fait le bruit anormal de l'insuffisance; le second bruit normal n'est pas couvert à la base du cœur aussi exactement que dans le cas d'insuffisance; enfin, il y a toujours les signes généraux de la chlorose et de l'anémie qui viennent jeter leur jour sur le diagnostic.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de l'insuffisance des valvules aortiques.*

mal *au second temps.*
second bruit normal, qu'on peut néanmoins entendre encore dans toute sa pu-
les limites de la région précordiale.
prolonge *dans le trajet de l'aorte*, et souvent dans les carotides et les axillaires;
, *visible* au cou et aux membres supérieurs, et dans ceux-ci, principalement
nde élève les bras.
rès marqué entre le battement du cœur et la puisation d'une artère éloignée

*distinctif de l'insuffisance aortique et du rétrécissement mitral.*

| UFFISANCE AORTIQUE. | RÉTRÉCISSEMENT MITRAL. |
|---|---|
| mal *au second temps.* | Bruit anormal *au premier temps.* |

*gne distinctif de l'insuffisance et du rétrécissement aortique.*

| UFFISANCE AORTIQUE. | RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE. |
|---|---|
| ouffle *au second temps.* | Bruit de souffle *au premier temps.* |

*distinctif de l'insuffisance aortique et de l'insuffisance mitrale et tricuspide.*

| UFFISANCE AORTIQUE. | INSUFFISANCE MITRALE ET TRICUSPIDE. |
|---|---|
| mal *au second temps.* | Bruit anormal *au premier temps.* |

*distinctifs de l'insuffisance aortique et des maladies qui donnent lieu aux bruits anormaux sans lésion organique.*

| UFFISANCE AORTIQUE. | MALADIES SANS LÉSION ORGANIQUE. |
|---|---|
| uffle *au second temps.* | Jamais de bruit de souffle *au second temps seulement.* |
| ant *vers la pointe du cœur.* | Lorsqu'il existe au second temps, *borné à l'étendue de l'aorte.* |
| e second bruit au niveau de la | Ne *masquant* que *médiocrement* le second bruit. |
| *ignes généraux* de chlorose et | *Signes généraux* de chlorose ou d'anémie. |

. — Selon quelques auteurs, il y aurait toujours à craindre une ter-
r *mort subite* dans les insuffisances aortiques (Gendrin).

### § VII. — Traitement.

e dont les auteurs ont exposé le traitement des maladies du cœur, et
à l'indiquer d'une manière générale, rend très difficile toute applica-

tion à un cas particulier. Cependant, relativement à l'insuffisance des valvules, on a donné quelques préceptes qui ne s'appliquent qu'à cette maladie, et qu'il importe par conséquent de mentionner ici particulièrement. Nous nous bornerons à indiquer ces prescriptions particulières, renvoyant à l'article général du traitement des lésions des orifices ce que nous avons à dire des moyens qui s'appliquent, dans l'état actuel de la science, à toutes ces affections.

D'abord on admet généralement qu'il faut faire, dans l'insuffisance des valvules, un usage beaucoup plus modéré des *émissions sanguines* que dans toute autre maladie du cœur. MM. Corrigan, A. Guyot et Littré ont principalement insisté sur ce point. Cependant ces auteurs ont apporté eux-mêmes quelques restrictions à ce précepte. Ils ont reconnu que, dans les cas où l'on trouvait encore quelques signes de l'endocardite aiguë, dans ceux où il survenait une suffocation qui menaçait la vie, dans ceux où il existait des signes de pléthore, et enfin dans ceux où l'on observait des accidents graves, comme l'apoplexie pulmonaire, l'hémoptysie, il fallait recourir à la saignée, alors formellement indiquée. Mais toujours est-il que si l'on voulait d'une manière générale appliquer à l'insuffisance des valvules aortiques le traitement ordinaire des maladies du cœur, on s'exposerait à jeter les malades dans une débilitation funeste. Ainsi donc on ne devra avoir recours aux émissions sanguines que dans les cas d'absolue nécessité, et l'on devra en cesser l'emploi aussitôt que les accidents intercurrents se seront dissipés. C'est au médecin qu'il appartient d'apprécier l'opportunité de la saignée, et d'en proportionner l'abondance aux diverses indications. Les *sangsues* à la région précordiale ou à l'anus, principalement lorsqu'il y a engorgement du foie ; les *ventouses scarifiées* sur les parois de la poitrine, seront également prescrites dans les cas d'urgence, mais seulement dans ces cas.

La *digitale*, dont on fait un si grand usage dans les maladies du cœur, est également proscrite par les auteurs que je viens de citer, excepté dans quelques cas rares, où les battements du cœur deviennent très violents et tumultueux. En un mot, ces auteurs rejettent tous les débilitants, afin de conserver au cœur assez d'énergie pour repousser dans les artères le sang qui tend à l'obstruer. Des accidents graves ont en effet montré dans plusieurs cas que la médication ordinaire pouvait avoir de très funestes effets.

Par les mêmes motifs, on a conseillé les *toniques*, tels que le *vin de quinquina* et les *ferrugineux*. Cependant il faudrait prendre garde aussi d'abuser de ces moyens, car il existe dans cette maladie un degré plus ou moins considérable d'hypertrophie, et en outre une irritabilité marquée de la membrane interne du cœur, que ces médicaments pourraient augmenter.

Il est inutile d'insister plus longuement sur ce traitement particulier de l'insuffisance des valvules aortiques, qui n'est fondé que sur les impressions générales des auteurs, et qui aurait besoin de recherches bien exactes et bien positives pour être décidément fixé. Nous n'ajouterons point d'ordonnances particulières, car rien n'est plus facile que d'en faire d'applicables au cas dont il s'agit ; et quant aux autres moyens préconisés, comme ils sont, nous le répétons, communs aux diverses lésions organiques des orifices du cœur, nous les exposerons dans l'article suivant.

## ARTICLE XII.

### DES ALTÉRATIONS DES VALVULES EN GÉNÉRAL.

Nous avons dit plus haut que sous plusieurs rapports, et en particulier sous celui du traitement, les auteurs, vu sans doute la fréquence des complications et la nature presque toujours identique de la maladie, n'ont pas établi de distinctions suffisantes entre les diverses altérations des orifices du cœur. Il serait pourtant bien à désirer qu'il en fût ainsi; car rien ne prouve d'une manière absolue qu'on ne pût arriver à des résultats fort utiles, et nous en avons déjà une preuve dans le traitement particulier de l'insuffisance des valvules aortiques. Mais, dans l'état actuel de la science, il serait impossible de suppléer au silence des auteurs, et après avoir présenté toutes les particularités qu'il nous a été possible de signaler, nous devons envisager la question d'une manière un peu générale. Peut-être pensera-t-on qu'il eût mieux valu attendre, pour cette description, qu'on pût y faire entrer l'hypertrophie, qui est presque constante dans toutes ces maladies; mais il y a dans les lésions des orifices des circonstances indépendantes de l'hypertrophie elle-même, et qui méritent d'être considérées en particulier.

#### § I. — Causes.

Nous avons vu que, pour les altérations des orifices quels qu'ils soient, il n'existe que deux *causes* bien démontrées, qui sont : les progrès de l'âge et une inflammation le plus ordinairement secondaire, survenue dans le cours d'une maladie fébrile. L'insuffisance des valvules semble seule reconnaître quelques causes qui lui sont propres, et qui ont été mentionnées plus haut.

#### § II. — Symptômes.

Plusieurs *symptômes* varient suivant la forme de la lésion qu'affecte l'orifice et suivant l'orifice lui-même. Ces signes distinctifs, nous les avons exposés, nous n'y reviendrons pas. Mais il en est d'autres qui sont communs à toutes ces affections; ce sont : la *gêne de la circulation*, les *altérations du pouls*, la *gêne de la respiration*, le *malaise* éprouvé à la région précordiale, et l'*œdème* plus ou moins étendu qui survient à une certaine époque de la maladie. C'est surtout contre ces symptômes qu'est dirigé le traitement général des lésions des valvules proposé par les auteurs. Plus donc ces symptômes sont intenses, plus les moyens qui vont être indiqués devront être employés avec rigueur et persévérance.

Nous avons vu que ces diverses affections se compliquaient très fréquemment entre elles. C'est ainsi que le rétrécissement mitral s'accompagne d'insuffisance mitrale ; que celle-ci existe assez souvent avec un rétrécissement de l'orifice même où on la rencontre ; que le rétrécissement aortique s'est montré, dans la moitié des cas au moins, avec un rétrécissement de l'orifice mitral, et enfin que les altérations des orifices du côté droit n'existent presque jamais sans qu'on en trouve de plus considérables encore dans les valvules du côté gauche. Dès lors on sent qu'il faut être attentif à explorer les divers points du cœur, et ne pas cesser l'exploration, lorsqu'on rencontre un certain nombre de signes physiques auxquels doivent corres-

pondre des lésions suffisantes pour expliquer les principaux symptômes. On ne peut s'empêcher de reconnaître aussi qu'en pareil cas il n'est pas possible de donner des règles absolues pour le traitement, qui alors doit être nécessairement complexe.

### § III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* des affections des valvules est, en général, d'autant plus rapide, que le sujet qui les présente est plus jeune, et qu'elles occupent un plus grand nombre de points à la fois. Les circonstances particulières viennent néanmoins assez souvent faire varier cette règle. Quant à la *terminaison*, nous avons vu, à propos de chaque lésion en particulier, qu'on n'avait point encore trouvé le moyen d'arrêter définitivement dans leur marche ces maladies qui ont une tendance invincible à faire sans cesse des progrès. Dans quelques cas seulement leurs progrès ont été retardés par les moyens mis en usage.

### § IV. — Lésions anatomiques.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit des *lésions anatomiques* à propos de chacune de ces affections considérée séparément; nous ferons seulement remarquer que l'insuffisance des valvules aortiques est, de toutes ces altérations, celle qui présente les lésions les plus particulières.

### § V. — Diagnostic.

Le *diagnostic* général des altérations des orifices du cœur se tire principalement de la présence des bruits anormaux, sur lesquels nous avons dû longuement insister; cependant, et nous avons eu maintes fois occasion de le dire, il est des cas où des bruits anormaux très intenses existent sans aucune lésion des valvules. Lorsqu'il s'agira des bruits des artères, nous expliquerons comment ces phénomènes se produisent. Qu'il nous suffise de dire ici que les états morbides qui donnent lieu à ces bruits anormaux, avec intégrité des valvules, ont des symptômes généraux et des causes qui leur sont propres, en sorte qu'en y joignant les signes différentiels exposés dans les articles précédents, on arrive sans peine à ce diagnostic, dont l'importance est majeure, puisque le traitement en dépend. Les affections du péricarde donnent également lieu à des bruits anormaux qui pourraient être confondus avec ceux qui se passent dans l'intérieur du cœur. Mais c'est une question que nous traiterons à l'occasion des maladies de cette enveloppe séreuse.

### § VI. — Traitement.

Tous les auteurs sont unanimes pour conseiller les *émissions sanguines;* mais, comme l'a fait Hope, il faut avoir égard aux lésions accessoires et à l'état dans lequel se trouve le malade. C'est, en effet, à tort que Laennec a recommandé d'une manière générale le traitement d'Albertini et de Valsalva, que nous exposerons dans l'article consacré à l'hypertrophie. Les saignées excessives ne peuvent point, dit Hope, faire disparaître les lésions valvulaires; c'est donc réduire inutilement le malade à un état anémique, que de les pousser trop loin.

La *saignée* doit être employée plus hardiment dans les cas où il paraît exister encore quelques signes de l'état aigu, mais on doit s'en dispenser lorsque le malade est déjà anémique; car alors à une maladie du cœur on joindrait, à un degré plus haut, un état morbide qui influe sur cet organe d'une manière fâcheuse. Si, comme le fait encore remarquer Hope, au lieu d'une hypertrophie active, il y a une dilatation considérable des cavités du cœur; si les battements sont clairs, sans impulsion violente, on doit être sobre de la saignée, et, moins encore que dans le cas précédent, la pousser à l'excès; car alors les conséquences en seraient plus fâcheuses.

Ajoutons à ces considérations, empruntées aux auteurs, que le *saignée* est plus avantageuse dans les cas de rétrécissement considérable que dans toute autre affection organique partielle, et rappelons que, d'un avis unanime, on regarde l'insuffisance aortique comme la moins propre à être traitée par la saignée. Le lieu où il convient de pratiquer une émission sanguine a quelque importance : c'est principalement le bras que l'on choisit, quoique assez souvent la douleur et la gêne qui se font sentir à la région précordiale engagent à appliquer sur ce point des *sangsues* ou des *ventouses scarifiées* dont l'effet est assez efficace, ainsi que j'ai eu occasion de m'en assurer maintes fois. Si l'on constatait l'existence d'une de ces congestions sanguines du foie, qui se font souvent remarquer dans les maladies du cœur, on appliquerait les sangsues à l'anus, afin d'opérer le dégorgement; toutefois je dois dire que ce fait n'a pas fixé l'attention des auteurs : bien qu'il soit important, ils n'en font pas mention dans les observations. Au reste, nous voyons que dans cette appréciation des émissions sanguines il n'y a rien de précis et de positif : réflexion qui s'applique également aux autres moyens qui nous restent à examiner.

Après les saignées, les *diurétiques* constituent le moyen le plus généralement employé. La facilité avec laquelle se produit l'œdème dans ces affections a dû naturellement conduire à cette médication, et c'est aussi dans les cas où cet œdème est considérable qu'il faut principalement insister. Mais, parmi les diurétiques, il en est qui doivent être plus particulièrement choisis suivant les cas. La *digitale*, si fréquemment mise en usage, est surtout administrée lorsque avec un rétrécissement il existe une hypertrophie active des parois du cœur, et que les battements sont violents, rapides, tumultueux. Voici une formule, conseillée par Hope, dans laquelle le *mercure* et la *scille* trouvent aussi leur place :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Pilules bleues.......... | 0,15 gram. | Poudre de digitale... 0,03 ou 0,05 gram. |
| Poudre de scille........ | 0,05 gram. | |

F. s. a. une pilule. A prendre trois ou quatre fois par jour.

On peut employer la digitale seule, en la donnant en teinture éthérée à la dose de 8 à 20 gouttes progressivement, ou bien en poudre à la dose de 0,15 à 0,40 gram. par jour, à prendre en trois ou quatre fois dans une cuillerée de tisane.

Le même motif qui a engagé les auteurs à modérer l'emploi des saignées dans les cas d'insuffisance des valvules aortiques, les a empêchés d'user largement de la digitale. Ils ont vu qu'en affaiblissant l'action du cœur, ils rendaient la circulation plus difficile, et jetaient le malade dans un état plus grave. Si l'on soupçonnait l'existence d'une dilatation des parois avec amincissement, on devrait, pour les mêmes motifs, se tenir dans la même réserve.

Le *bitartrate de potasse* a été employé, et souvent à forte dose. Hope assure en avoir vu de très remarquables effets dans les cas d'œdème, surtout lorsqu'on le donnait à une dose élevée, comme 15 grammes deux ou trois fois par jour, dans 500 grammes de tisane.

Les diurétiques salins à haute dose, tels que Laennec les employait dans la pleurésie, peuvent aussi être mis en usage. Enfin on a employé la *teinture de cantharide*, mais sans qu'il soit possible d'indiquer d'une manière positive quels en ont été les résultats. Ces diurétiques, dont nous retrouverons la prescription dans les autres maladies du cœur, n'ont aucun effet qui leur soit propre dans les cas de rétrécissement, et, comme la digitale, ils doivent être employés avec modération dans les cas d'insuffisance.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux *purgatifs*, qui ont été administrés dans le même but que les diurétiques. Ce sont surtout les drastiques que l'on met usage : le *jalap*, la *gomme-gutte*, l'*élatérium*, l'*aloès*. L'élatérium, suivant Hope, produit quelquefois des effets véritablement étonnan[illegible] il faut le donner avec beaucoup de précaution, ne commencer que p[illegible]s doses, et en outre ne l'administrer qu'aux sujets encore vigoureux. [illegible]ormule recommandée par cet auteur :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Poudre de capsicum annuum. | 0,40 gram. | Calomel.................... | 0,20 gram. |
| Elatérium............... | 0,03 gram. | | |

F. s. a. quatre pilules dont on prendra une par jour.

Il suffit, suivant Hope, d'une seule pilule pour produire cinq ou six selles liquides. Il faut administrer ce médicament deux ou trois jours de suite, le matin, puis laisser reposer le malade. L'élatérium peut être néanmoins porté à 0,05 et à 0,10 gram. ; mais il faut en élever la dose avec beaucoup de ménagement, ne doublant la dose primitive qu'au bout de sept ou huit jours de prescription.

Un lavement purgatif qui, suivant cet auteur, a de très bons effets, est le suivant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Infusion de séné........... | 200 gram. | Tartrate ou acétate de potasse. | 2 à 16 gram. |
| Teinture de jalap.......... | 4 gram. | | |

Ce n'est pas seulement dans les cas d'œdème qu'on a administré les purgatifs, on les a aussi prescrits pour diminuer les forces générales, lorsque les battements du cœur étaient trop violents, ou pour opérer une révulsion sur le tube intestinal, lorsque la dyspnée devenait trop intense, ou enfin uniquement pour procurer la liberté du ventre et pour remédier à des accidents intestinaux.

Il est inutile d'ajouter que l'insuffisance des valvules aortiques ne comporte pas, dans la majorité des cas, de semblables moyens.

Les *vomitifs* ont été mis en usage dans des circonstances à peu près semblables à celles où les purgatifs ont été prescrits. Suivant Hope, qui s'est plus spécialement occupé que tout autre du traitement des altérations valvulaires, ces médicaments sont extrêmement avantageux, ou ont de très grands inconvénients, selon qu'ils sont appliqués ou non avec discernement. Mais il ne cite point de faits qui viennent à l'appui de cette assertion, et l'extrême danger des émétiques n'est pas plus prouvé que leur extrême efficacité.

Tantôt on donne ces substances pour produire un effet vomitif, tantôt comme simples expectorants. C'est surtout dans les cas où il y a une violente dyspnée et des signes d'un rétrécissement considérable, qu'on les emploie sous cette dernière forme. Il est inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet, car les vomitifs employés ne présentent rien de particulier ; ce sont presque toujours le *tartre stibié* et l'*ipécacuanha.*

D'autres expectorants ont été également prescrits. Le docteur Bree employait principalement, dans les cas où il existait une violente dyspnée, la potion suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Teinture de scille....... | 10 gouttes. | Extrait de jusquiame.... | 0,15 gram. |
| Acide nitrique.......... | 6 gouttes. | Eau pure............. | 45 gram. |

A prendre par cuillerées.

Ce médicament agit en même temps comme expectorant par la scille, et comme calmant par l'extrait de [illegible]me. Quant à l'acide nitrique, il paraît avoir été prescrit comme excitant [illegible] le docteur Bree attribue dans ces cas l'asthme à un œdème des poumo[illegible]isé de montrer combien cette manière de voir est hypothétique.

Lorsque la maladie a passé entièrement à l'état chronique, quelques auteurs, et en particulier Hope, ont préconisé les *révulsifs* appliqués à la région précordiale, tels que les *vésicatoires*, les *sétons*, les *cautères*, les *frictions irritantes* ; mais rien ne prouve l'efficacité de ces moyens, qui néanmoins peuvent avoir quelques résultats utiles en faisant disparaître des accidents locaux, tels que le malaise à la région précordiale et la douleur locale.

Les autres remèdes proposés sont dirigés contre des accidents secondaires : ainsi les *antispasmodiques* contre la dyspnée convulsive ; les *calmants* dans les mêmes circonstances ; les *toniques*, et surtout les *ferrugineux*, quand le malade est dans une grande faiblesse et que l'altération des valvules s'accompagne de dilatation plutôt que d'une hypertrophie active. Mais ces moyens ne doivent pas nous arrêter ici, attendu qu'ils sont communs à toutes les maladies du cœur, et que nous aurons occasion d'y revenir plus loin.

Les *boissons* doivent être abondantes, émollientes ou légèrement diurétiques. La décoction d'orge, l'infusion de chiendent avec addition d'une certaine quantité de nitre, remplissent très bien ces indications. Dans les cas où il y a quelques troubles nerveux, les tisanes doivent être légèrement antispasmodiques, et l'infusion de tilleul ou de feuilles d'oranger est généralement prescrite.

Le *régime* est, dans toutes les affections du cœur, très important à considérer. En général, il doit être sévère, composé d'aliments légers et en petite quantité. Le *régime lacté* peut avoir de grands avantages ; il est surtout important de s'abstenir de liqueurs fortes, de toute substance excitante qui, passant rapidement dans le torrent de la circulation, vient irriter violemment le cœur. Cependant il est des cas, et nous les avons mentionnés à propos du traitement, où l'on doit se relâcher beaucoup de cette sévérité : ce sont ceux où existe la faiblesse dont j'ai déjà parlé, et ceux où il y a une insuffisance manifeste. Alors un régime nourrissant, quoique modéré, est nécessaire.

### PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS D'ALTÉRATIONS DES ORIFICES DU COEUR.

Éviter toute fatigue excessive, et toutes les causes qui pourraient donner lieu aux maladies fébriles, au rhumatisme articulaire principalement.

Éviter également, autant que possible, les émotions fortes.

S'abstenir de tout effort violent, de mouvements trop brusques, comme la course, l'action de sauter, de soulever un fardeau trop lourd, etc.

Ne point porter de vêtements trop serrés et qui puissent gêner la circulation.

Éviter les excès de tout genre.

*Résumé, ordonnance.* — Nous avons vu que la manière dont les maladies du cœur ont été étudiées jusqu'à présent ne permet pas de formuler des préceptes bien rigoureux pour le traitement des maladies de l'endocarde. Aucun relevé de faits convenablement interprétés n'est encore v[illegible]clairer sur ce point qui appelle l'attention des observateurs, car il est [illegible]bable que si l'on ne peut pas parvenir à obtenir la guérison de ces a[illegible]ganiques, on arrivera du moins à déterminer les moyens par lesquels on pourra prolonger notablement l'existence. Exposons, dans quelques ordonnances, la conduite à suivre dans les principaux cas.

#### Ire Ordonnance.

DANS UN CAS OU IL EXISTE ENCORE DES SYMPTÔMES DE MALADIE AIGUE.

1° Pour boisson, légère décoction de chiendent avec addition de nitrate de potasse : 0,40 à 0,60 gram. par 500 grammes de liquide.

2° Saignées du bras, plus ou moins répétées suivant la force du sujet, mais toujours pratiquées avec assez de hardiesse.

3° Ventouses scarifiées, sangsues à la région du cœur, dans les cas de douleur locale.

4° ℞ Infusion de tilleul.... 120 gram.
Poudre de digitale. 0,10 à 0,20 gram.
Sirop de fleur d'oranger....... 35 gram.

A prendre par cuillerées, dans les vingt-quatre heures.

On peut remplacer la poudre de digitale par huit à quinze gouttes de teinture éthérée.

5° Régime léger, nourriture peu abondante, abstinence absolue de toute liqueur forte.

#### IIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'AFFECTION CHRONIQUE SANS ŒDÈME ET AVEC HYPERTROPHIE ACTIVE.

1° Même tisane.

2° Saignées, ventouses scarifiées, sangsues employées avec plus de hardiesse encore, mais sans excès.

3° Digitale *ut suprà*, en augmentant graduellement la dose.

4° Révulsifs à la région du cœur, vésicatoires, sétons, frictions irritantes.
5° Régime plus sévère encore que le précédent.

### IIIe Ordonnance.

AFFECTION DES VALVULES AVEC PRODUCTION D'ŒDÈME OU D'ASCITE.

1° Pour tisane :

| | |
|---|---|
| ℞ Décoction de chiendent... 500 gram. | Bitartrate de potasse.......... 15 gram. |

Suffisamment édulcorée. A prendre dans la journée.

2° Saignées modérées, sangsues à l'anus, dans les cas où il y aurait un engorgement sanguin du foie.
3° Purgatifs :

| | |
|---|---|
| ℞ Jalap............ [illegible] gram.<br>Gomme-gutte...... [illegible] gram. | Aloès.................... 0,05 gram. |

Faites une pilule, dont [illegible] de une à trois fois par jour, suivant la nécessité; ou bien employer l'élatérium suivant [illegible] formule de Hope (voy. p. 148).

4° Dans les cas où l'ascite serait considérable, employer la paracentèse abdominale.

### IVe Ordonnance.

DANS UN CAS COMPLIQUÉ D'ANÉMIE, DANS UNE DILATATION CONSIDÉRABLE DU CŒUR, OU DANS UNE INSUFFISANCE DES VALVULES.

1° Pour tisane, infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de fleur d'oranger.
2° Peu ou point de saignées.
3° Légers toniques; vin de quinquina à la dose de 30 à 60 grammes par jour; ferrugineux à dose modérée : par exemple, 8 à 12 pilules de Blaud par jour, en commençant par deux pilules, et élevant graduellement la dose.
4° Régime médiocrement abondant, mais fortifiant et nourrissant.

Tel est ce traitement, qui demande encore de nombreuses recherches, et sur lequel j'aurai à revenir, car un bon nombre de ces moyens a été appliqué aux autres maladies du cœur.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; diurétiques, purgatifs, vomitifs, expectorants, révulsifs; moyens contre les accidents secondaires (antispasmodiques, calmants, toniques, ferrugineux).

## ARTICLE XIII.

### CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DU CŒUR.

Les diverses concrétions que l'on trouve si fréquemment dans les cavités du cœur ont, dès les premiers temps de l'anatomie pathologique, attiré fortement l'attention

des observateurs et donné lieu à de longues discussions. D'abord on a émis des opinions diverses sur la nature même de ces corps, quelquefois très considérables qui obstruent les orifices, remplissent les cavités, et parfois se prolongent dans les gros vaisseaux. Bertholet et Pissinus donnèrent à ces concrétions le nom de *polypes*, parce qu'elles leur parurent semblables aux polypes trouvés dans l'utérus et dans les fosses nasales. Mais, bientôt après, d'autres auteurs, et en particulier Kerkring (1), ayant fait naître de simples concrétions sanguines à l'aide d'un acide injecté dans les veines des chiens vivants, il fut démontré que très souvent ces concrétions étaient dues à la simple coagulation du sang. Néanmoins un grand nombre de médecins, parmi lesquels il faut compter Malpighi, Peyer et Fr. Hoffmann, persistèrent à admettre l'existence de polypes nés pendant la vie sur la membrane interne du cœur, et donnant lieu à des symptômes graves. Ces opinions diverses furent ensuite tour à tour soutenues par les auteurs les plus distingués, qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Aujourd'hui que l'anatomie pathologique nous a donné la description d'un grand nombre de ces concrétions polypiformes, nous devons reconnaître que l'une et l'autre des deux opinions précédemment citées sont trop exclusives; et voici ce que nous apprend l'observation moderne :

Il y a un très grand nombre de concrétions polypiformes qui sont dues à la coagulation du sang, soit après la mort, soit dans les derniers moments de l'existence. D'autres se sont formées pendant la vie; elles ont contracté des adhérences avec les parois du cœur, se sont organisées et ont formé, non pas des polypes semblables à ceux des fosses nasales et de l'utérus, qui sont des tumeurs produites dans la substance même de l'organe où elles sont attachées, mais un tissu accidentel qui s'est accolé à la surface interne du cœur, et a fini par contracter avec elle des liaisons organiques. Enfin, dans l'inflammation de l'endocarde, il se produit parfois, et nous en avons cité plus haut des exemples, des concrétions pseudo-membraneuses, et ces concrétions ont été également prises par les anciens auteurs pour des polypes. En distinguant ainsi ces divers corps entre eux, on lève tous les doutes.

Après ces considérations préliminaires, nous ne croyons pas devoir entrer dans une discussion plus étendue, et nous allons, dans une courte description, faire connaître ce que nous savons de plus positif sur les deux premières espèces de concrétions dont nous venons de parler; car la dernière, étant de nature inflammatoire, est toute différente, et a trouvé sa place dans la description de l'endocardite.

Ce qui distingue principalement les deux espèces de polypes du cœur dont nous avons à nous occuper, c'est leur adhérence ou leur non-adhérence; ce caractère, en effet, sur lequel Corvisart et Laennec ont longuement insisté, sert principalement à faire reconnaître leur date ancienne ou récente. Commençons par les concrétions polypiformes non adhérentes.

### § I. — Concrétions polypiformes non adhérentes.

Les concrétions polypiformes non adhérentes sont extrêmement fréquentes. Suivant Laennec, on les trouve au moins sur les trois quarts des cadavres dont on

(1) *Spicilegium anatomicum*. Amstelodami, 1670.

ture. M. Bouillaud a remarqué que c'était principalement dans les ités du cœur qu'on les rencontrait. Parmi les cas cités par cet auteur, nd nombre a été observé dans des maladies fébriles, et principalement eumonie. MM. Legroux et Fournet en ont vu des exemples remar- ns des cas de fièvre typhoïde. Enfin le rhumatisme articulaire, lorsqu'il la mort, laisse presque toujours dans le cœur des concrétions polypi- marquables. Il en résulte que c'est principalement dans les affections s à un mouvement fébrile intense que se produisent ces concrétions es.

elle est leur *cause déterminante?* Les auteurs, à ce sujet, ne s'expli- 'une manière formelle; cependant MM. Legroux et Bouillaud semblent l'inflammation de la membrane interne du cœur une assez grande part roduction. Mais rien ne prouve l'exactitude de cette manière de voir, rétions polypiformes sont produites aussi bien dans les cas d'affection endocardite que dans ceux où cette dernière affection se manifeste, M. Bouillaud a, comme nous l'avons dit, constaté leur plus grande lans les cavités droites, où, de l'avis de tout le monde, l'inflammation p moins fréquente qu'à gauche. Nous devons donc admettre que c'est t sous l'influence de cet état du sang qui produit, dans le rhumatisme nonie, la couenne épaisse de la saignée; que, par un effet semblable, coagule dans les cavités du cœur, et particulièrement dans celles où, e l'existence, la circulation est plus difficile. M. le docteur Armand (1) Lyon, du mois de décembre 1840 au mois de février 1841, un nombre e de concrétions polypiformes du cœur, dont la plupart se sont termi- e mort très prompte, avec douleur précordiale, anxiété, dyspnée con- nouvements tumultueux du cœur, lividité de la face. Des faits sem- nt montrés à Nantes, M. Armand a admis l'existence d'une véritable Il faudrait, pour adopter cette conclusion, que ce fait se reproduisît fois.

-il des *symptômes* propres à ces concrétions sanguines? M. Bouillaud a leur en assigner; mais il résulte des observations qu'il a présentées une *plus ou moins grande diminution dans l'intensité des mouve- œur* et *l'étouffement de leurs bruits*, il n'y a aucun symptôme un peu i puisse faire reconnaître leur présence; et comme ce n'est que dans les ers de l'existence et dans des cas d'affections graves que ces signes ont hés, on se demande s'ils sont entièrement dus à la présence des concré- iformes, ou s'ils ne sont pas un des phénomènes de l'agonie.

*é*, le *malaise à la région précordiale*, la *gêne de la respiration*, la *de la face*, la *faiblesse du pouls*, les *lipothymies*, qu'on a donnés comme mes de cette coagulation du sang dans le cœur, ne sont mentionnés que s petit nombre d'observations, et peuvent être le résultat de la maladie En un mot, s'il y a des signes propres à ces concrétions, leur existence à démontrer; disons seulement que M. le docteur Ménard (2) a rapporté

*de Montpellier*, 1844.
*tte médicale de Montpellier*, février 1845.

des cas fort intéressants de mort presque subite à la suite de *convulsions* et de symptômes d'*asphyxie*, chez des enfants chez lesquels on n'a trouvé, pour expliquer la mort, que des *concrétions* fibrineuses du cœur.

Enfin M. le docteur Senhouses Kirkes (1) a avancé que les concrétions fibrineuses peuvent se détacher du cœur, être lancées dans les vaisseaux, aller dans les artères, et même, dans certaines circonstances, agir sur le sang comme substance toxique. Il cite trois cas de ramollissement du cerveau dans lesquels il trouva des concrétions fibrineuses du cœur gauche et un bouchon fibrineux qui bouchait complétement l'artère cérébrale moyenne. Mais, en pareil cas, la même cause qui a produit les concrétions du cœur n'a-t-elle pas produit la concrétion de l'artère? Quant à l'intoxication du sang, elle n'est pas démontrée. Nous ajouterons que M. Kirkes rapporte à de semblables concrétions certaines paralysies hystériques dont il attribue la guérison à la disparition du bouchon fibrineux; mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Il suit de là que nous ne devons pas nous appesantir davantage sur cette description, et qu'il nous suffira de dire en quelques mots comment se présentent les concrétions sanguines. Souvent on trouve dans les cavités du cœur des caillots noirs, mous, très faciles à écraser, et qui sont évidemment l'effet de la coagulation après la mort; ceux-là ne doivent pas nous occuper. Nous avons dû toutefois les mentionner, parce que l'on voit assez fréquemment ces caillots présenter dans une partie de leur étendue quelques portions transparentes, élastiques, comme gélatineuses, et semblables à la couenne du sang de la saignée; alors on peut penser que la coagulation ayant eu lieu peu de temps avant la mort, tend à passer à l'état couenneux, comme celles dont nous allons parler.

Celles-ci, souvent d'une étendue considérable, remplissant quelquefois toute une cavité et se prolongeant à travers les orifices, sont gélatiniformes, se laissent beaucoup plus difficilement diviser, et quelquefois sont tellement intriquées dans les tendons des ventricules, qu'on a de la peine à les en séparer. Il ne faut pas prendre cette intrication pour une adhérence, car nous allons voir plus loin combien une adhérence réelle donne de nouveaux caractères aux concrétions polypiformes.

Ce sont ces coagulums transparents, élastiques, gélatiniformes, qui ont été regardés comme donnant lieu pendant la vie à des symptômes très graves, et entraînant quelquefois très brusquement la mort. Il nous paraît difficile de ne pas admettre que ces concrétions se soient, en effet, formées pendant la vie. Tous les auteurs, depuis Corvisart, sont de cette opinion; mais, nous le répétons, il n'en est pas moins certain que les signes qu'on leur a attribués n'ont pas jusqu'à présent une valeur bien réelle, vu l'insuffisance des faits.

Quant à la gravité de ces productions, est-elle mieux démontrée? Sans doute leur présence doit gêner la circulation; mais au moment où elles se forment, la maladie principale est déjà parvenue au terme fatal; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, tout s'accorde pour nous les faire considérer comme le résultat de l'agonie. On conçoit, en effet, très bien que la coagulation du sang, favorisée par

(1) *Des effets principaux qui résultent du détachement des concrétions fibrineuses développées dans le cœur et mélangées avec le sang* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1853).

maladie, a lieu d'autant plus facilement que l'agonie a déprimé toutes tant animales qu'organiques.

it proposé de *traitement* contre ces productions morbides, et en fût-il on conçoit bien que nous ne nous y arrêterions pas, puisque pour nous des caillots polypiformes est le résultat de l'état très grave dans lequel malade, et non la cause de cet état lui-même.

§ II. — Concrétions polypiformes adhérentes.

ions de cette espèce sont de toute évidence produites pendant la vie; e, et nous entendons par ces mots la fusion de leur base ou de leur la membrane interne du cœur, ne peut laisser aucun doute à cet que les anatomo-pathologistes se sont occupés de ce sujet, on en a remarquables. Senac, Borsieri, Kreysig, Corvisart, Laennec, plus . Legroux (1) et M. Bouillaud (2), en présentent d'assez nombreux leurs ouvrages.

as, comment ces concrétions sanguines se sont-elles formées? Suiurs, elles se produisent de deux manières : tantôt une inflammation surface interne du cœur donne lieu à une agglomération des molés qui produit un caillot, lequel, à la manière des fausses membranes s séreuses, finit par adhérer fortement et par s'organiser; tantôt, et cité des exemples, une concrétion polypiforme contracte, par suite prolongé, des adhérences semblables, et s'organise également.

mes auxquels, suivant les auteurs, et d'après les observations qu'ils s, ces concrétions ont donné lieu pendant la vie, sont une *oppression* une *vive anxiété*, parfois des *lipothymies;* la *force*, l'*étendue*, l'*ir-* *battements du cœur*, les *congestions veineuses*, la *petitesse du pouls*, *ment des extrémités*, et, suivant M. Bouillaud, un *bruit de souffle*, tantôt sibilant. Il est vrai qu'on trouve dans les observations citées s qui viennent d'être indiqués; mais, outre qu'ils ne sont pas conlans la maladie principale des raisons souvent suffisantes pour explilents; aussi, sans vouloir dire que ces signes n'appartiennent pas aux olypiformes du cœur, nous devons faire remarquer que l'observation ur importance suffisamment hors de doute, et qu'il reste encore beaur ce point. Nous pourrions reproduire ici ce que nous avons dit plus des faits cités par M. S. Kirkes.

observations, plusieurs auteurs ont fait remonter à une époque la formation des concrétions polypiformes; mais les signes qu'ils début sont trop vagues pour qu'on puisse leur accorder une entière

ions polypiformes de cette espèce présentent quelquefois des dimen. Nous avons sous les yeux plusieurs observations où toute une oreilquefois en même temps tout un ventricule, se trouvaient remplis par

*es sur les concrétions sanguines dites polypiformes, développées pendant la* r.

*inique des maladies du cœur*. Paris, 1841, t. II, p. 710.

un corps de cette nature, avec des prolongements dans les vaisseaux; mais il n'
pas exactement prouvé que, dans ces cas, l'adhérence du caillot dans un point
bien réelle, et l'on serait plutôt autorisé à les ranger dans la première catég
D'autres fois, au contraire, ces concrétions, d'une médiocre étendue, siègent
environs d'un des orifices sur lesquels elles peuvent parfois s'abaisser, consti
alors ces végétations mobiles dont parle Corvisart. Elles adhèrent d'une ma
évidente par un pédicule plus ou moins large, de telle sorte qu'on ne peut les
cher en laissant intacte la membrane interne du cœur. En pareil cas, on voit
quefois dans le tissu de nouvelle formation des traînées vasculaires. M. Massi
Rigacci en cite un exemple (1), et M. Vernois a fait voir à la Société anato
des injections qui avaient pénétré jusque dans ces productions morbides.

Quelquefois ces concrétions polypiformes sont comme infiltrées de sérosi
quelquefois aussi elles contiennent une matière purulente qui, suivant M. B
laud, pourrait avoir été sécrétée par elles après leur organisation. On conçoit q
elles puissent prendre une couleur particulière, jaune ou rosée, une dureté
considérable, et être prises, comme elles l'ont été, en effet, par quelques aut
pour des polypes sarcomateux (2).

D'après ce que nous avons dit plus haut du peu de constance des signes et
symptômes généraux, il est certain que le *diagnostic* est environné de la plus gra
obscurité. Quant aux effets produits par la présence de ces corps de nouvelle f
mation, on est naturellement porté à admettre qu'ils doivent être graves, puisq
peuvent évidemment, dans certaines positions, apporter un grand obstacle à
circulation. C'est là une nouvelle cause de maladies organiques du cœur, d
struction des orifices, et, par suite, de dilatation et d'hypertrophie qui finissent
causer la mort.

Que dire du *traitement* des concrétions polypiformes? C'est un sujet trop ob
pour qu'on puisse s'exprimer avec précision, même à l'égard des moyens palli
Les *émissions sanguines* constituent le principal moyen recommandé par M. B
laud, et M. Legroux, ayant égard à la tendance qu'a le sang à se coaguler, a p
qu'il serait utile d'administrer les *sels de potasse et de soude* comme dissolvant
sang. Ces moyens ne pourraient être véritablement utiles que dans les cas où
se serait pas formé une adhérence organique; car, s'il en était ainsi, il ne s'a
plus de faire dissoudre un caillot, mais bien de faire fondre un tissu nouveau.

Nous n'insistons pas davantage sur des lésions que le praticien doit conn
afin de ne pas les confondre avec d'autres, mais qui n'ont pas pour lui de
grand intérêt.

(1) *Anthologia*, février 1828.

(2) Dans des cas très rares, il peut exister des polypes entièrement charnus. On en t
un exemple dans le recueil de M. Pigné (*Annales de l'anatomie et de la physiologie path
gique*). Quelle est l'origine de cette production? C'est ce qu'il est impossible de dire
sent qu'avec si peu d'éléments, il serait inutile de la rechercher. Dans le cas que je vien
citer, il y avait des symptômes d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire ga

# CHAPITRE III.

## MALADIES DU TISSU PROPRE DU COEUR.

dies du tissu propre du cœur sont généralement mal connues. Si l'on l'hypertrophie, elles n'ont fixé que d'une manière secondaire l'attention s, ce dont il ne faut pas s'étonner; car, à cette exception près, ces nt rares, ont des symptômes obscurs, ou sont entièrement au-dessus es de l'art. Pour ces motifs, nous glisserons rapidement sur plusieurs . Il en est même quelques-unes qui, bien qu'admises par la plupart , ne seront présentées dans ce chapitre que comme de simples lésions s appartenant à une autre affection. De ce nombre sont le ramollisse-matoire du cœur, et les abcès, qui n'ont point de symptômes propres, ont que de très vagues, et qui ne sont autre chose, en réalité, que des la cardite.

### ARTICLE Ier.

#### APOPLEXIE DU COEUR.

dirons que très peu de mots de cette lésion fort rare, et que nous ne guère que sous le rapport de l'anatomie pathologique. Déjà, dans quel-onsignés dans les divers recueils, on avait signalé l'infiltration de sang u du cœur, et Kreysig en a parlé dans son ouvrage. M. Cruveilhier (1) ramollissement apoplectiforme que l'on peut comparer à l'apoplexie u cerveau. Nous avons trouvé, dans les ouvrages de Hope et de M. Gen-cas d'apoplexie du cœur, et les auteurs du *Compendium* en ont cité un bservé chez un sujet affecté de variole. Dans un cas de *purpura hæmor-*i fut présenté à la Société anatomique, il existait également des foyers es dans les parois du cœur. Ces divers faits n'ont été étudiés, nous , que sous le point de vue de l'anatomie pathologique.

ement le sang est réuni en petits foyers, qui constituent des épanche-minés et qui écartent les fibres musculaires. Cette lésion n'a jamais e à l'état de simplicité ; on l'a toujours vue coïncider avec un ramollis-s ou moins avancé du cœur, et c'est ce qui lui a fait donner par M. Cru-nom de *ramollissement apoplectiforme*. Nous n'avons aucun signe par-on puisse rapporter à cette lésion, et par conséquent il serait inutile d'y s longtemps.

### ARTICLE II.

#### CARDITE.

te est, de l'aveu de tous les auteurs qui se sont le plus occupés des ma œur, une des moins connues. Il est rare, ainsi que le fait remarquer

(1) ...mie pathologique du corps humain, XXIIe livraison, in-folio avec planches.

M. Bouillaud, de la trouver à l'état de simplicité ; car, pour lui, il ne l'
rencontrée qu'avec la péricardite ou l'endocardite ; aussi lui paraît-il im
ainsi qu'à Corvisart et à Laennec, de la diagnostiquer. Il en est de même, a
des abcès, des ulcérations et des dilatations partielles auxquelles elle do

Nous avons pris, dans les divers auteurs, dix-huit observations propres
les diverses questions qui se rattachent à la cardite, et nous allons rapid
passer en revue. Nous mettons de côté les ramollissements observés dan
des maladies fébriles, et principalement de la fièvre typhoïde, car les rech
M. Louis (1) ont prouvé que l'inflammation leur était entièrement étra
n'en fût-il pas ainsi, on ne devrait les considérer que comme des lésio
daires, importantes à noter dans l'histoire de la maladie où elles se produi
non dans celle-ci, où nous étudions la cardite comme une maladie partic
pourra consulter aussi un mémoire intéressant de M. le docteur David C
qui, à l'aide d'observations qu'il a réunies, a fait l'histoire de l'inflamma
la suppuration du cœur.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *cardite* est l'inflammation du tissu propre du cœur. On l'a dési
sous le nom de *cardite* et d'*inflammation du tissu musculaire du cœur*
sous ceux de *ramollissement*, *ulcérations*, *abcès*, lésions qui sont les e
maladie.

Cette affection est assez *rare ;* on n'en trouve, en effet, dans les auteu
nombre peu considérable de cas, et encore plusieurs d'entre eux lais
doutes dans l'esprit des lecteurs.

### § II. — Causes.

Les *causes* de la cardite sont très difficiles à indiquer, car, en général, l
ne les ont pas recherchées avec soin. Dans les observations que nous avo
yeux, on voit que fréquemment cette affection survient dans le cours d
maladie, soit du cœur, soit des autres organes. Les maladies fébriles, et
culier le *rhumatisme articulaire*, sont le plus souvent signalées ; mais
dans ces cas autre chose qu'une simple coïncidence ? Dans un cas, il e
phlébite.

Sur les 18 cas que nous avons rassemblés, 13 ont été observés chez de
et 5 seulement chez des femmes. Quant à l'âge, excepté 6 sujets qui a
douze à vingt-cinq ans, tous les autres avaient dépassé l'âge de trente
majorité celui de cinquante. M. le docteur Chanu (3) rapporte un cas d
*cœur*, observé chez un enfant de treize ans. La maladie de cet enfant éta
plexe, qu'on ne peut démêler ce qui appartenait, dans les symptômes, à l
du cœur. Ces chiffres pourront servir à une statistique plus complète.

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1841, 2e édit., t. I, p. 299.
(2) *Edinburgh med. and. surg. Journal*, 1848.
(3) *The Lancet*, mai 1846.

## § III. — Symptômes.

Le *début* de la maladie a eu lieu, dans la plupart des cas, d'une ma-
, ou du moins non indiquée par les auteurs. Mais dans trois cas il a
ible en ce que, les sujets paraissant être dans un état de santé assez
'affection s'est produite dans des circonstances imprévues et subites.
ux, cité par Hope (1), un homme ayant été sur le point de se noyer,
édiatement après cet accident, de symptômes de maladie du cœur qui
nt plus, et qui, après la mort, laissèrent un ramollissement très consi-
pourrait, il est vrai, se demander si le ramollissement était véritable-
natoire ; mais dans deux autres cas où la maladie paraît avoir débuté
ne très vive émotion, on ne peut avoir aucun doute à cet égard, puis-
dans le tissu du cœur des foyers purulents.

s. — La maladie étant déclarée, quels sont les signes qu'elle présente ?
la *douleur* que dans cinq cas seulement, dans deux desquels elle pou-
lusivement rapportée à la maladie du cœur ; car il n'existait dans la
ne autre lésion qui pût lui donner lieu. Dans tous ces cas, elle avait
région précordiale ; elle était vive ou consistait en un simple malaise
striction difficile à supporter.

n'a pas attiré l'attention des auteurs ; dans deux cas où elle est men-
ment, elle est étendue. Toutes les fois qu'on a observé l'*impulsion*, on
aible, parfois imperceptible ; et en même temps les *battements du*
tumultueux, faibles et même indistincts.

, dans le petit nombre de cas où ils ont été notés, n'ont présenté rien
rquable. Cependant Hope a insisté sur la *brièveté du premier bruit*
un simple claquement comme le second : signe qu'il donne comme
au ramollissement du cœur. Dans un cas, les bruits étaient si faibles,
t à peine les distinguer. On n'a signalé aucun bruit anormal.

e *de la circulation* est quelquefois si grande, qu'elle donne lieu à des
et, chez un sujet, c'est par une syncope que la maladie a débuté. Ce
'a été observé que deux fois ; le *pouls*, toutes les fois qu'il a été exa-
a été dans la plupart des cas, a été remarquable par sa faiblesse, son
ses intermittences. Dans un seul cas cité par Corvisart, il était régu-
petit et faible. Quant à la fréquence, elle n'était point considérable
nombre de cas où elle a été mentionnée, puisqu'elle ne s'élevait pas
quatre-vingts pulsations. Hope a en outre remarqué que, dans cette
*ouls ne coïncidait pas avec les battements du cœur*, et cela d'une ma-

les cas où l'état de la *respiration* a fixé l'attention des auteurs, on a
*pnée* plus ou moins considérable, allant quelquefois jusqu'à la suffo-
orthopnée. M. le docteur Bevill Peacock a observé un cas très rare
*reillettes*. La malade, âgée de trente-cinq ans, en traitement pour un
u genou, fut prise d'*accès de dyspnée effroyables*, et fréquemment
utopsie, on trouva une péricardite, et un abcès des parois auriculaires

., p. 341.

s'ouvrant dans le ventricule gauche d'une part, et de l'autre dans les sinus [illegible] ques, après avoir décollé deux valvules. On est porté à croire que le ramollisse- ment du cœur est pour beaucoup dans la production de cette dyspnée, [illegible] qu'elle a existé dans des cas où aucune autre affection de cet organe ne s'était [illegible] duite, et parce qu'elle a toujours augmenté à l'époque où la cardite venait se j[illegible] aux lésions déjà existantes.

On a observé quelquefois l'*œdème des jambes*, et même une infiltration g[illegible] rale ; mais il y avait alors une hypertrophie plus ou moins considérable, et des [illegible] rations des orifices du cœur. On ne saurait donc attribuer ce symptôme à la c[illegible] elle-même. Il en est de même de la *coloration de la face* et de l'injection vei[illegible] que l'on a quelquefois notée, mais non peut-être de l'état d'*anxiété* et de la c[illegible] *traction des traits*, qu'on a remarqués chez quelques sujets, et qui étaient portés [illegible] plus haut degré. Ces cas, en effet, sont ceux où l'inflammation avait laissé les t[illegible] les plus profondes, et dans quelques-uns desquels aussi on notait le *refroidis- ment* de la peau, la sueur, la faiblesse générale.

On voit par cette description que les signes de la cardite sont encore très vagues, et qu'excepté *ceux que présente le pouls*, il n'en est aucun qui paraisse a[illegible] quelque chose de propre à cette affection. Nous reviendrons sur ce point à l'occa[illegible] du diagnostic.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la cardite est ordinairement très rapide. Dans les observations q[illegible] ont été prises avec quelque soin, on a vu les symptômes s'aggraver très promp- ment et être bientôt portés au plus haut degré.

Quant à la *durée* de cette affection, il est difficile de l'apprécier, attendu que l[illegible] auteurs n'ont pas marqué exactement le début. Dans deux cas, elle n'a pas dép[illegible] huit jours, et, en général, elle est très courte. On n'a cité aucun fait authenti[illegible] de *cardite chronique*. Ceux qu'on a donnés comme des exemples d'induration d[illegible] cœur sont, pour la plupart, des ossifications dont le plus grand nombre, com[illegible] on peut le voir par les faits rapportés par Albertini, Corvisart, Laennec, B[illegible] sont dues aux progrès de l'âge, et dont quelques autres, ainsi que MM. Bertin et Bouillaud en ont cité des exemples, paraissent liés à une inflammation, mais seule- ment comme conséquence ou terminaison de cette inflammation. Nous n'avons donc rien à dire de la cardite chronique.

La *terminaison* de la maladie nous offre des points importants à considérer. C'est elle, en effet, qui a fait admettre plusieurs espèces particulières d'affections qui ne paraissent pas devoir être décrites autrement que comme de simples lésions anatomiques. Tels sont les *abcès* de la substance musculaire du cœur, qui font évidemment partie de la cardite, dont ils sont une production ; les *ulcérations* de cet organe ; le *ramollissement* de sa substance, non lié à une cause générale, comme dans les maladies fébriles ; et enfin la plupart des *ruptures* du cœur, qui ont pour cause ce ramollissement inflammatoire et qui produisent ordinairement la mort subite.

Il résulte assez souvent de ces lésions, soit un *anévrysme partiel du cœur*, soit une rupture d'une de ses cavités, et, dans ce dernier cas, la mort est subite.

ı de Mussy (1), entre autres, en a cité deux exemples remarquables. La
ır conséquent, deux espèces de terminaisons très différentes : dans l'une,
ıes allant sans cesse en augmentant, il se déclare une grande dépression
ıvec dyspnée, faiblesse des battements du cœur et du pouls, froid des
etc.; puis le malade succombe avec des signes d'asphyxie, et quelque-
violents accès de suffocation; dans l'autre, saisis tout à coup d'une vive
ıelquefois poussant des cris violents, comme M. Hippolyte Cloquet (2)
exemple, les malades meurent subitement. Ces derniers cas sont ceux
ıar ramollissement inflammatoire. Enfin, ce que nous avons dit plus haut
à l'*induration du cœur*, suite d'une inflammation de son tissu propre,
re admettre que, dans quelques cas malheureusement mal déterminés,
nation peut se dissiper, mais en laissant ordinairement après elle des
la gravité ne saurait être méconnue.

### § V. — Lésions anatomiques.

ıme nous venons de le signaler, principalement d'après les lésions ana-
ı'on a établi des divisions trop nombreuses dans les altérations aiguës
cœur. Ce que nous avons dit dans cet article suffira pour la description
-unes de ces espèces qui intéressent fort peu le praticien, telles que le
ent, l'induration, les abcès, l'infiltration purulente, les ulcérations et la
Quant aux ruptures, comme dans plusieurs cas elles ont été produites
causes, nous y reviendrons un peu plus loin.

*sement*. — Lorsqu'un sujet a succombé à une cardite aiguë, on trouve
cœur ramolli dans une plus ou moins grande partie de son étendue, se
ns quelques points en bouillie, et se déchirant au moindre effort. C'est
nt dans la portion interne de l'épaisseur de ses parois que se trouve le
ent, et alors l'endocarde participe à un plus ou moins haut degré à
lu tissu musculaire. Nous avons vu plus haut que, dans les parties ra-
trouvait quelquefois une apoplexie par petits foyers isolés, semblable à
capillaire du cerveau; dans d'autres cas, il y a seulement une couleur
ou moins brune, qui diffère assez sensiblement de la couleur du tissu à
mal : c'est là ce qu'on a nommé le *ramollissement rouge*; dans d'au-
le cœur est blanchâtre, il est infiltré d'une substance graisseuse; mais
s ces cas, on trouve ordinairement des foyers purulents, il est probable
ct graisseux du cœur était dû plusieurs fois à une infiltration purulente
ré qui le constitue. C'est là le *ramollissement blanc*, qui diffère toute-
utre ramollissement qu'on trouve dans les affections fébriles, et qui n'a
ractère inflammatoire.

cteur James Undran (3) a vu le cœur ramolli et ses fibres profondes
hez un homme de soixante ans, mort subitement au milieu d'une par-
Il n'y avait pas d'épanchement de sang dans le péricarde.

ns dit plus haut tout ce qu'il était nécessaire de savoir sur l'*induration*;

*ves gén. de méd.*, 1re série, t. XXII, p. 258, et t. XXVI, p. 257.
*ı de la Faculté de médecine de Paris.*
*Journ. of med.*, avril 1845.

nous allons donc passer immédiatement à la description des abcès du cœur, dont a cité un assez grand nombre d'exemples.

*Abcès du cœur.* — Dans le plus grand nombre des cas, les abcès trouvés les fibres musculaires étaient multiples, peu volumineux, tantôt siégeant profondeur même des parois, tantôt dans un point rapproché soit de la surf terne, soit de la surface externe. Le pus qu'ils contiennent est ordinairement et bien lié. Cependant, dans quelques cas, on le trouve, au contraire, comme putride. C'est ordinairement dans les parois du ventricule gauche forment ces abcès, dont on n'a trouvé la cause dans une phlébite qu'une chez les sujets dont nous avons pu consulter les observations. Toutefois nous vu, dans le cas cité par M. Bevill Peacock, que les oreillettes ne sont pas de cette altération. Mais c'en est assez sur une lésion qui ne fournit aucun particulier, pas même la douleur.

*Ulcérations.* — Les *ulcérations du cœur*, observées dans l'affection qui occupe, diffèrent de celles qui ont été décrites à l'article *Endocardite aiguë*, qu'elles sont le résultat de la rupture du foyer purulent, soit dans les cavités cœur, soit dans le péricarde, suivant que ce foyer est voisin de la surface ou de la surface externe. On se fait facilement une idée de ce que doivent ulcérations ordinairement profondes, dans lesquelles on trouve le tissu mus déchiré, réduit, en bouillie, d'où résulte une cavité ordinairement irrégu Autour de ces ulcérations, comme autour des abcès, le tissu musculaire du est ramolli dans une plus ou moins grande étendue.

*Rupture.* — Comme nous l'avons dit plus haut, la cardite peut se terminer *rupture*, et alors on trouve une perforation soit d'une oreillette, soit d'un ventri soit enfin de la cloison interventriculaire. Il est remarquable que dans tous les cas nous avons rassemblés, et dans lesquels la rupture pouvait être rapportée inflammation du tissu du cœur, c'est toujours dans les parois des cavités que celle-ci a eu son siége. Cette rupture, de forme très irrégulière, se comme une déchirure à bords lacérés, lorsque l'effort du sang a produit verture de la paroi ramollie. Lorsqu'elle est le résultat d'une ulcération, dans un cas cité par M. Gueneau de Mussy, elle peut présenter un aspect buliforme, ou bien ressembler à deux cônes renversés se joignant par leur si deux ulcérations ont marché l'une vers l'autre en sens inverse.

*Gangrène.* — Enfin on a cité de très rares exemples de *gangrène* du tissu du cœur. Pour ma part, nous n'en connaissons qu'un seul qui est rapporté M. Kennedy (1), et où la maladie survint dans un cas d'affection ancienne de l rus, dont le tissu présentait lui-même les caractères de la gangrène; mais il de s'appesantir davantage sur ce sujet.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la cardite est plein d'obscurité. Il est impossible de dans les faits qui ont été cités, quelques signes qui appartiennent en propre à affection; aussi n'est-ce guère que par l'ensemble des symptômes, et en

(1) *The London Repository*, n° 124.

ns ou moins marqué entre les battements du cœur et les pulsations

possible maintenant de diagnostiquer l'espèce de lésion qui existe dans
cœur? Ce que nous avons dit plus haut, en décrivant les symptômes,
reconnaître qu'il n'en peut être ainsi. Seulement, lorsque l'intermit-
iblesse du pouls sont portés à un degré extrême, on peut penser qu'il
mollissement plus ou moins considérable, avec ou sans infiltration puru-
it, au reste, que ces signes ne diffèrent pas très sensiblement de ceux
énumérés à l'article *Endocardite*, en sorte que ces deux affections,
. Bouillaud l'a fait remarquer, ne peuvent pas, dans l'état actuel de
tre distinguées d'une manière positive.
rriver plus facilement, par voie d'exclusion, à la distinguer de quelques
tions du cœur. Ainsi on ne la confondra point avec la *péricardite*,
e n'offre pas une matité étendue, une voussure, des battements du cœur
de l'oreille, comme l'inflammation du péricarde donnant lieu à un épan
able, et ne présente pas de bruits anormaux comme la péricardite sèche.
r signe la fera distinguer de toutes les affections du cœur avec altéra-
fices. En un mot, en ayant égard aux signes caractéristiques des autres
ui manquent dans celle-ci, on ne laissera de confusion possible qu'entre
ocardite. Nous ne voulons point, au reste, dissimuler toute la difficulté
stic, qui doit fixer l'attention des médecins, et qu'il serait très utile de
uisque cette affection est une de celles qu'on pourrait espérer de traiter
le succès. Nous ne donnerons point ici de *tableau synoptique du dia-*
yant point de renseignements assez précis à fournir.
*c.* — Pour se convaincre que le pronostic de la cardite est très grave, il
rappeler que, dans les cas bien avérés où nous l'avons rencontrée, elle
ée par la mort, et que, dans un assez bon nombre, elle a occasionné la

### § VII. — Traitement.

Nous ne possédons que très peu de recherches sur le traitement de la cardite, et on le conçoit sans peine, puisqu'on ne peut établir que très imparfaitement son diagnostic. Les auteurs qui ont le plus insisté sur ce point, comme Kreysig, ne distinguaient l'inflammation du tissu propre du cœur, ni de l'endocardite, ni de la péricardite. Sous le nom d'inflammation de cet organe, ils décrivaient tout ce qui avait rapport aux phlegmasies de son tissu propre et des parties adjacentes. Comment auraient-ils pu parler du traitement avec quelque précision? Voici ce que l'observation nous apprend de plus positif.

*Émissions sanguines.* — Depuis très longtemps les médecins ont regardé comme très efficaces, dans les affections du cœur, les *saignées* très abondantes. Kreysig cite Trécourt qui, lorsqu'il supposait l'existence d'une inflammation du cœur, faisait, le premier jour, une saignée toutes les deux heures, et qui, dans un cas, enleva à une femme deux kilogrammes et demi de sang en soixante-douze heures. Kreysig approuve cette manière de procéder, et veut que l'on pousse les saignées, et surtout la première, jusqu'à produire la lipothymie. Nous n'avons rien à dire sur cette médication énergique, à l'appui de laquelle on n'a pas cité de relevés de faits exacts. Dans les cas particuliers rapportés par Kreysig, on ne trouve même point de symptômes suffisants pour faire diagnostiquer, non pas d'une manière positive, mais seulement avec quelque probabilité, l'existence d'une cardite. Les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* ont été également recommandées. S'il faut en croire Kreysig, on ne doit les appliquer qu'après les saignées générales et lorsque la fièvre commence à s'apaiser. Mais rien ne prouve qu'il soit fondé dans cette assertion.

*Digitale, opiacés.* — La *digitale* est proposée par la plupart des auteurs ; mais on voit, en lisant leurs observations, que c'est principalement dans les cas de palpitations chroniques qu'ils l'ont employée. Quelques-uns craignent que, s'il y a ramollissement, la digitale ne produise de mauvais effets en enlevant aux parois du cœur leur énergie et en les soumettant à une distension contre laquelle elles ne peuvent pas réagir. On peut en dire autant des *opiacés* que Kreysig prescrivait dans les cas de palpitations tumultueuses, mais avec modération, de peur d'occasionner une paralysie de l'organe.

*Calomel.* — Le *calomel* a été particulièrement vanté par cet auteur, qui ne l'administrait qu'au moment où les symptômes avaient perdu un peu de leur intensité. Voici sa formule composée :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Calomel.............. | 0,80 gram. | Magnésie d'Édimbourg.... | āā 4 gram. |
| Kermès minéral........ | 0,20 gram. | Sucre.................. | |
| Nitrate de potasse...... | 4 gram. | | |

Mêlez et divisez en huit paquets égaux, dont on donne un toutes les deux heures.

Enfin, on a prescrit des *antispasmodiques*, des *diurétiques*, et même quelquefois des *toniques*, lorsque la faiblesse du pouls et des battements du cœur annonçait que cet organe avait perdu presque toute sa force.

*Révulsifs.* — Pendant qu'on administre ces remèdes à l'intérieur, on emploie à

l'extérieur les révulsifs, tels que les *vésicatoires*, les *sétons*, les *cautères* et les *frictions irritantes ;* mais Kreysig recommande de s'abstenir de tous ces moyens tant que le mouvement fébrile est intense, et l'on ne peut que se ranger à son opinion.

Nous ne nous occuperons pas davantage de ce traitement, sur lequel nous ne possédons que des données extrêmement vagues, et qui est si peu connu, que Corvisart, après avoir décrit avec beaucoup de soin la *carditis*, n'a pas dit un seul mot des moyens propres à la combattre. Ce qui résulte de plus évident des opinions des auteurs, c'est qu'une médication antiphlogistique énergique est la seule en qui l'on ait eu un peu de confiance. En y joignant les précautions générales recommandées par Kreysig, on aura tout ce que nous savons sur le traitement de la cardite. Ces précautions sont les suivantes :

### PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA CARDITE.

Silence absolu.
Interdire tout mouvement brusque et violent.
Entretenir la liberté du ventre.
Éviter toute cause de refroidissement ; éloigner toute cause d'émotions vives.

## ARTICLE III.

### RUPTURES DU CŒUR.

Nous n'avons que quelques mots à ajouter à ce qui a été dit plus haut sur les ruptures du cœur. Cette affection n'intéresse, en effet, que très médiocrement le praticien, car non-seulement il est impossible de lui opposer quelque remède, mais encore, le plus souvent, elle constitue un accident imprévu. Cet accident est beaucoup moins rare qu'on ne pourrait le supposer au premier abord, puisqu'en faisant quelques recherches dans un petit nombre d'auteurs, nous en avons réuni 19 cas bien évidents.

Ces ruptures ont parfois pour *cause* une violence extérieure. M. Bérard (1) et M. Ferrus (2) en ont rapporté des exemples remarquables. D'autres fois la rupture du cœur survient après quelques jours d'une maladie souvent mal caractérisée.

M. le docteur Taylor (3) a cité un cas de rupture du ventricule du côté droit qui détermina la mort subite chez une femme dont la santé ne paraissait nullement altérée, bien qu'elle eût un goître volumineux.

Il est rare qu'une vive *douleur* à la région précordiale se fasse sentir avant le moment où les signes de la perforation ont lieu. M. le docteur Roché (4) a néanmoins noté, dans deux cas, comme un symptôme important de la rupture du cœur, un sentiment de *douleur brûlante*, de *brûlure inexprimable* à la région précordiale. Mais le plus souvent, après un *malaise* de plus ou moins longue durée, un peu de *gêne de la respiration*, parfois des *syncopes*, le malade tombe tout à coup

(1) *Archives gén. de méd.*, t. X, p. 370.
(2) *Ibid.*, t. VIII, p. 463.
(3) *The Lancet*, novembre 1843.
(4) *Journal des connaissances méd.-chir.*, juin 1843.

comme frappé d'un coup très violent, et il meurt subitement. Cette marche de la maladie ne s'observe que dans le cas où il y a une rupture qui fait communiquer les cavités du cœur avec le péricarde; lorsque c'est la cloison interventriculaire qui est perforée, il y a des symptômes moins alarmants, dont nous avons dit quelques mots plus haut. Quelquefois il semble que la rupture se fait en plusieurs fois, ou bien que, d'abord trop peu étendue pour laisser échapper une assez grande quantité de sang, elle devient enfin plus considérable, et donne lieu à une mort rapide. Un cas cité par Fischer (1) nous en offre un exemple très remarquable; ce n'est qu'après plusieurs accès qui se sont déclarés dans l'espace de quarante-huit heures, que le malade a fini par succomber, et l'on a trouvé une rupture s'étendant verticalement de la pointe à la base du ventricule gauche.

Les *lésions* que la rupture du cœur laisse après elle ne doivent pas nous arrêter longtemps. A l'article *Cardite*, nous avons indiqué celles qui sont dues à l'inflammation partielle du cœur; nous nous contenterons d'ajouter ici que, dans les cas de violence extérieure, cet organe offre ordinairement une solution de continuité irrégulière, comme déchirée, et sans ramollissement très considérable de ses bords. Nous dirons aussi que parfois la perforation peut être multiple, comme Morgagni (2) en cite un exemple très intéressant. Quelquefois la rupture du cœur est produite par une violence extérieure, sans qu'il y ait une contusion bien considérable aux parois de la poitrine. Ainsi le docteur Sallusse (3) cite un cas dans lequel le cœur avait été rompu par un coup de pied de cheval sur la poitrine, sans autre lésion qu'une contusion très légère à l'extérieur.

M. Dubrueil (4) a observé une rupture qui occupait toute la longueur du cœur, depuis la base des ventricules jusqu'au sommet de l'organe. La mort fut subite. La consistance était plutôt augmentée que diminuée. L'auteur ne se prononce pas sur la cause de la rupture; mais on est porté à penser qu'il y a eu violence extérieure, d'après les détails de l'observation.

Nous ne nous appesantirons pas davantage sur cette lésion grave, qui, nous le répétons, n'a qu'un faible intérêt au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique, mais dont il était nécessaire de dire un mot, parce qu'elle présente quelques particularités qui ne sont pas sans importance sous le rapport de la médecine légale.

## ARTICLE IV.

### ANÉVRYSME PARTIEL DU CŒUR.

La dilatation partielle du cœur, ou anévrysme vrai, passe pour une affection très rare; cependant le docteur John Thurnam (5) en a rassemblé 84 cas, dont il a donné une analyse fort intéressante, et dans ces dernières années les auteurs anglais en ont cité bon nombre de nouveaux cas, consignés et très bien appréciés dans les *Archives générales de médecine* (*passim*). C'est principalement d'après les

(1) *Journal de Hufeland.*
(2) *De sedibus et causis morborum*, epist. LXIV, 2.
(3) *Il filiatre Sebezio*, octobre 1834.
(4) *Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier.* — *Des anomalies artérielles.* Paris, 1847, p. 13 et suiv.
(5) *Med. chir. Trans. of London*, 1838, t. XXI, p. 187.

...de M. Thurnam qu'on doit exposer l'histoire de cette lésion, qui pré-... l'observation de grandes difficultés.

## § I. — Définition, formes.

...t, pour qu'on admette l'existence d'une dilatation partielle du cœur, qu'il y ... un point limité d'une de ses cavités, une espèce de cavité supplémentaire, ...ure plus ou moins étendue. M. Thurnam, d'après les faits qu'il a observés, ... deux *formes* d'anévrysmes partiels ; dans la première, il n'y a aucune saillie ...rieur, et la dilatation ne porte que sur une partie de l'épaisseur des parois ...laires ; dans la seconde, il y a à la surface externe une tumeur dont la gros-... varie entre celle d'une noix et celle du cœur lui-même.

## § II. — Causes.

...causes ne présentent qu'un petit nombre de considérations à exposer. Sur ... M. Thurnam a trouvé 30 individus du *sexe* masculin et 10 seulement du ...féminin. Il n'a vu qu'un seul exemple de cette maladie au-dessous de vingt et ... Ce cas excepté, l'*âge* a varié de vingt et un à quatre-vingts ans, et le nom-... sujets a été surtout considérable de vingt et un à trente ans, et de soixante ... à quatre-vingts. Les autres causes ont beaucoup moins d'importance; il est ...ment remarquable que sur 16 sujets il se soit rencontré 8 soldats, mais cette ...cidence est peut-être due au nombre proportionnellement plus grand d'au-... boissons chez ces derniers. On a aussi noté, dans quelques cas, le *rhumatisme*, ... émotions vives et les *violences extérieures*; mais les faits sont trop peu nom-... pour qu'on en puisse tirer la moindre conclusion.

## § III. — Symptômes.

*Le début* de cette affection a paru quelquefois subit. M. Thurnam cite trois cas de ce genre dans lesquels de violentes palpitations, une douleur plus ou moins vive, une grande anxiété, en un mot plusieurs des symptômes qui appartiennent à la rupture du cœur lorsqu'elle n'occasionne pas la mort subite, ont été soigneusement observés et notés. Toutefois il faut dire que ce début subit n'est pas parfaitement démontré, parce qu'il n'est pas très rare de voir des maladies du cœur rester très obcures au début, et par conséquent l'affection a très bien pu marcher d'abord sourdement, puis, à une certaine époque, éclater tout à coup sous l'influence d'une cause quelconque. Dans quelques autres cas, le début de la maladie n'est annoncé par aucun symptôme. M. Thurnam en cite deux où, la mort ayant été causée par une autre affection, on a trouvé à l'autopsie une dilatation partielle du cœur très évidente, quoique à sa première période, et dont le malade ne s'était jamais aperçu. L'anévrysme trouvé à l'autopsie de Talma par Biett et Breschet (1) en est un exemple plus frappant encore. Mais le plus souvent, on voit les symptômes qui caractérisent cet anévrysme, et que nous allons décrire, se développer peu à peu et faire des progrès incessants.

(1) *Répertoire d'anatomie et de phys. pathol.* Paris, 1827, t. III, p. 99.

Les *symptômes* principaux sont des *palpitations* plus ou moins violentes, qui n'ont été indiquées que dans un nombre limité de cas : une *douleur pré-diale* variable, ou seulement une gêne dans cette région, et une *dyspnée* quelquefois extrême et portée jusqu'à l'orthopnée, symptôme le plus fréquemment mentionné dans les observations. Chez quelques sujets, on a noté, en outre, *anxiété* très vive, de l'agitation, la crainte de la mort ; plus rarement des sync ou une disposition à la syncope, et enfin une *hydropisie* plus ou moins éten qu'on peut regarder comme étant principalement liée à d'autres affections du c

L'état du *pouls* a été très rarement indiqué ; quelquefois on a trouvé les ments extrêmement faibles. Enfin, chez quelques sujets, on a constaté l'exist du *pouls veineux*, la congestion veineuse de la face, des *hémorrhagies* nasales pulmonaires, en un mot ces symptômes qu'on peut regarder comme étant com muns à presque toutes les maladies organiques du cœur. Dans deux cas obser par MM. Little et Halliday-Douglas (1), on entendait un *bruit de souffle*, *murmure* au premier temps, et dans deux autres que nous devons à MM. Todd et Hanna (3), il y avait un *bruit de souffle double* remplaçant les deux bru normaux.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très difficile à indiquer d'une manière générale, elle est très variable. Cependant on peut dire qu'elle est assez lente et qu'elle continuellement à faire des progrès. Quant à la *durée*, elle ne varie pas moins puisque, d'après les recherches de M. Thurnam, on a vu un sujet succomber bout de dix jours environ, tandis que chez les autres la maladie a eu une durée trois ou quatre mois à quinze ans. La *terminaison* est également très variable, suivant les cas. Dans la moitié de ceux où elle a été notée, la mort fut subite ; trois fois une syncope emporta les malades ; sept fois ce fut une hémorrhagie dans le péricarde par rupture du cœur, et une fois une hémorrhagie dans la plèvre gauche produite par la même cause. La dilatation partielle du cœur doit donc être regardée comme une des causes les plus efficaces des ruptures de cet organe. C'est ordinairement le sac anévrysmal lui-même qui se rompt ; mais une fois, chose remarquable, le ventricule éprouva une solution de continuité, non dans le sac lui-même, mais dans un point très voisin. Une apoplexie, une hémorrhagie nasale, des symptômes d'asphyxie, ou bien des maladies entièrement étrangères au cœur, sont, dans plusieurs cas, venues mettre un terme à l'existence.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* ont été particulièrement étudiées. On a cité les différents faits rapportés par un grand nombre d'auteurs d'anatomie pathologique, depuis Galeati (1757), Lauth et Walter (4), jusqu'à nos jours. Ces faits sont en général

(1) Voy. *Archives générales de médecine*, 4e série, t. XIX, p. 338.
(2) *London medical Gazette*, août 1846.
(3) *Dublin med. Journal*, t. VII.
(4) *Nouv. Mém. de l'Acad. de Berlin*, 1785. — Lauth., *Scriptorum latinorum de aneurysmatibus collectio*. Argentorati, 1785.

lésion consiste en une simple excavation dans la paroi du cœur; tantôt, s l'avons dit plus haut, en une cavité très grande dans laquelle on une ouverture quelquefois beaucoup plus étroite que le fond. Le fond rysmal, lorsque la dilatation est très considérable, n'est plus formé que s fibres musculaires et par le péricarde. Dans un cas, on a vu, dit-on, cidentelle n'être limitée extérieurement que par l'endocarde et le péri-. Suivant M. Thurnam, chez vingt-cinq sujets, le fond de cette cavité onstitué par tous les tissus qui entrent dans la composition des parois du -à-dire qu'il y aurait eu alors un anévrysme sans rupture de l'endo-s, ainsi que l'a fait observer M. Bizot, il est très facile d'être induit en les cas de ce genre; car il se forme très promptement une pseudo-mem-itement semblable à la membrane interne du cœur, qui vient tapisser le er anévrysmal; or, en admettant qu'il n'en fût pas ainsi pour les cas où était très peu considérable, on a peine à croire que l'endocarde ait pu dilatation extrême qu'il a dû éprouver dans ceux où l'on a cru qu'il il avec le péricarde le fond de la tumeur. Il est plus que probable que ır a été induit en erreur par l'existence de la fausse membrane dont nous parler.

fois un anévrysme partiel qui s'est formé dans un ventricule peut s'ou-autre : c'est ce qui eut lieu dans un cas observé par le docteur Jonathan, dans le service du docteur Luke.

ussi l'anévrysme est *disséquant :* on en trouve un exemple dans le cas précédemment cité. L'anévrysme, partant d'un côté du ventricule et rière une valvule sigmoïde, aboutissait à l'artère, et de l'autre condui-ne poche anévrysmale distincte qui faisait saillie dans l'oreillette droite. mes étaient les suivants : dyspnée extrême, hydropisie, congestion du faible et bondissant, bruit de souffle systolique, doux, à la pointe et vers

partielle du cœur est vers la pointe du ventricule gauche; puis viennent l[es]
parties de ce ventricule, et enfin les parois de l'oreillette du même côté.
quelquefois que plusieurs de ces dilatations ont lieu en même temps chez
sujet; chez deux, on en a vu une fois trois et une fois quatre. D'autres l[ésions du]
cœur très variées viennent fréquemment compliquer celles dont nous v[enons de]
donner la description.

### § VI. — Diagnostic.

Est-il possible d'arriver au diagnostic de cette affection? On sent qu[e rien n'est]
moins n'est plus difficile. Les symptômes que nous avons indiqués plus h[aut n'ont],
en effet, rien de particulièrement applicable à l'anévrysme partiel du cœur
heureusement, ainsi que le fait remarquer M. Thurnam, les observations
possédons ne renferment qu'un petit nombre de détails tout à fait insuffis[ants]
encore là un sujet que l'observation seule pourra éclairer, et sur lequel n[ous n'au]-
rions à présenter que des conjectures. On a, dans quelques cas, signalé l'
d'un bruit de souffle au premier temps; mais ce signe n'appartenait-il p[as à une]
maladie concomitante des orifices du cœur?

### § VII. — Traitement.

Quant au traitement, il est évident qu'on n'en peut rien dire, puisqu'il
été dirigé particulièrement contre la maladie qui nous occupe; il rentre [néces]-
sairement dans celui de la dilatation du cœur et de l'hypertrophie, avec
on a confondu cet anévrysme partiel. Pour ce motif, nous renvoyons le le[cteur aux]
articles suivants, où ce traitement sera exposé.

## ARTICLE V.

## DILATATION GÉNÉRALE DU CŒUR.

### § I. — Définition, fréquence.

Nous désignons sous ce nom la dilatation du cœur, soit qu'elle affecte
cavités, soit qu'elle reste bornée à une d'entre elles : c'est l'*anévrysme*
Corvisart. Cette affection, de l'avis de tous les auteurs, est *très rare*, surt[out si l'on]
ne donne son nom qu'à des cas où la dilatation existe en même temps qu
cissement des parois de la cavité dilatée. Il n'en serait plus de même si l'o[n rangeait]
sous le même titre, de la dilatation avec un certain degré d'hypertrophie,
l'affection deviendrait un peu plus fréquente; mais ces derniers cas nous p[araissent]
devoir être réunis à l'hypertrophie proprement dite, la dilatation plus
grande des cavités ne changeant rien à la nature de la maladie.

La dilatation avec amincissement ou anévrysme passif est tellement
M. Louis n'en a pas observé un seul cas, et il ne paraît pas non plus que le[s]
modernes aient eu souvent occasion de le rencontrer. William Hunter, La
Burns, Corvisart (*loc. cit.*, p. 105) et Laennec en ont cité des exemp[les]

(1) *Opera omnia*, t. II : *De morbis subitaneis*.

...rement, tout en disant que le cœur était dilaté et que ses parois étaient ...me temps amincies, ces auteurs ne sont pas entrés dans les détails néces... pour qu'on puisse se former une opinion bien arrêtée. Ainsi on conçoit ...bien qu'une cavité considérablement dilatée ne présente pas une épaisseur de ...parois en rapport avec sa grande capacité, sans que pour cela il y ait un amin...ment notable. Il ne suffit donc pas de dire, avec Lancisi, que le cœur était ...idérablement émacié, ou, avec Corvisart, que les parois étaient très amincies; ...ut encore, au moins, prendre un point de comparaison propre à nous donner ...e idée juste de cet amincissement. Dans quelques cas cependant, l'amincisse...t était tel, qu'il a vivement frappé les observateurs, et qu'on ne peut guère ...ter de son existence.

## § II. — Causes.

La principale *cause* de cette lésion serait, d'après Corvisart, un obstacle à la ...lation ayant son siége à l'un des orifices. En pareil cas, l'effort exercé sur les ...ois par le sang retenu dans la cavité produirait seul la dilatation. Mais on a ...que lorsque les choses se passaient ainsi, il se produisait, non pas une simple ...tation, mais une dilatation avec hypertrophie, et, sous ce rapport, le cœur ne ...ère pas des autres organes creux qui s'hypertrophient lorsqu'un obstacle vient ...poser au cours des matières qui les traversent. Tout porte donc à croire qu'il ...a une autre cause, et cette cause, c'est *un certain degré de ramollissement.* ...e a vu, en pareil cas, le cœur réduit presque à une pellicule. On conçoit très ...n qu'avec un ramollissement semblable, l'obstacle au cours du sang signalé par ...rvisart ait le résultat qu'il lui attribuait; mais, nous le répétons, ce ramollisse...nt paraît indispensable.

## § III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la dilatation avec amincissement sont très difficiles à préciser; ...n'en est guère, en effet, qui ne se retrouvent dans la plupart des autres mala...s organiques du cœur, et qui n'aient manqué dans plusieurs des cas où l'on a ...admettre l'existence de la dilatation. La *gêne*, l'*embarras* que les malades éprou...t à la région précordiale, ne présentent rien de particulier. La *matité* a, ...près tous les observateurs, une étendue plus considérable que dans l'hypertro...ie, tandis qu'au contraire l'*impulsion* du cœur est beaucoup plus faible. A l'aus...tation, on n'entend aucun bruit anormal appartenant en propre à la dilatation ...c amincissement; mais les *bruits normaux* sont, suivant plusieurs auteurs, ...siblement modifiés. Ils sont plus secs et plus clairs que dans l'état de santé. ...pe a surtout insisté sur ce point, et il a cité plusieurs exemples à l'appui de cette ...ertion. Le premier bruit subit principalement cette transformation, et se rap...che ainsi du second, qui est naturellement clair. Laennec avait déjà fait de sem...bles remarques.

Un *pouls* faible, mou, très facile à déprimer; une *gêne* plus ou moins grande de ...*respiration*, par suite du ralentissement de la circulation; le *refroidissement* des ...trémités dû à la même cause; la *stase* du sang dans tout le système veineux; ...fin l'*œdème* et l'*anasarque*, tels sont les principaux signes qu'on a notés dans le ...tit nombre d'observations détaillées qui ont été recueillies. On voit qu'ils n'ont

qu'une valeur très douteuse; d'autant plus douteuse que les auteurs, nous le répétons, n'ayant pas donné la mesure du cœur aminci, il restera toujours quelque incertitude sur l'existence de la maladie dans un bon nombre de cas.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

On n'a fait aucune recherche satisfaisante sur la *marche* de cette affection, pas plus que sur sa *durée*. Quant à sa *terminaison*, elle a été toujours funeste dans les cas bien authentiques qui ont été publiés.

### § V. — Lésions anatomiques.

Il est inutile d'insister beaucoup sur les *lésions anatomiques* d'une maladie aussi peu connue. La capacité doublée et quelquefois triplée; les parois de cette cavité amincies quelquefois à un degré extrême, mollasses, décolorées, s'aplatissant quand on dépose le cœur sur une table, cédant à la moindre pression, se déchirant souvent avec facilité, tels sont les effets de cette dilatation portée à son plus haut degré. On a remarqué, en outre, que les fibres charnues se trouvaient plus écartées que dans l'état naturel, que la pointe du cœur était plus ou moins arrondie, etc.; mais de plus longs détails seraient inutiles.

### § VI. — Diagnostic.

Nous ne dirons que très peu de mots du *diagnostic;* nous rappellerons seulement que le bruit normal clair et bref est le principal signe qui ait été indiqué, et que si l'on y joint la faiblesse du pouls, l'étendue de la matité, le peu d'intensité de l'impulsion, on a les seuls symptômes qui, dans l'état actuel de la science, puissent faire soupçonner une dilatation.

### § VII. — Traitement.

Quant au *traitement*, il nous suffit de dire qu'il doit être à très peu près le même que celui du ramollissement du cœur; toutefois, si la stase du sang était très considérable, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer des *saignées* assez copieuses; car une trop grande quantité de sang accumulée dans les cavités du cœur tend à augmenter la lésion que l'on veut combattre. Lorsque la faiblesse est trop grande, on prescrit ordinairement les *toniques*, et surtout les *ferrugineux*.

Quelques auteurs ont admis une *dilatation sans hypertrophie ni amincissement*. C'est de cette affection que nous aurons à parler maintenant; mais outre qu'elle est très rare et très peu connue, elle ne présente rien qui la fasse différer assez d'une hypertrophie avec dilatation, pour qu'il soit nécessaire de la décrire séparément. Nous allons donc passer immédiatement à la description de l'hypertrophie du cœur, sur laquelle des travaux si importants et si nombreux ont été publiés.

## ARTICLE VI.

### HYPERTROPHIE DU CŒUR.

L'hypertrophie est, de toutes les affections organiques du cœur, celle qui a été le plus anciennement connue. Sous le nom de *palpitations*, plusieurs auteurs anciens ont décrit un bon nombre de cas qui peuvent lui être rapportés, et d'autres, sous le nom d'*anévrysme*, ont également eu en vue cette affection. Il est extrêmement difficile de distinguer, dans les auteurs qui nous ont précédés, ce qui appartient véritablement à l'hypertrophie, précisément parce que, sous un seul nom, ils entendaient plusieurs maladies distinctes aujourd'hui. D'un autre côté, on a, dans ces derniers temps, ainsi qu'on l'a vu plus haut, décrit séparément un très grand nombre d'affections qui se rencontrent très rarement isolées. Il y avait là deux excès à éviter, et c'est ce qui nous a fait joindre aux descriptions des lésions particulières, des considérations générales sur les affections de la membrane interne, et donner ainsi l'ensemble pathologique, après en avoir présenté les éléments. Lorsque nous aurons fait l'histoire de l'hypertrophie, nous reviendrons également sur quelques points importants qui n'auront pas pu trouver place dans les articles qui vont suivre, et qui méritent d'être indiqués.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il y a *hypertrophie du cœur* toutes les fois que l'épaisseur des parois est augmentée, soit dans toute l'étendue de l'organe, soit dans une seule de ses parties. C'est surtout pour pouvoir apprécier cette maladie que la connaissance des mesures données plus haut est importante. On ne saurait, en effet, se borner à dire que le cœur est hypertrophié lorsqu'il a atteint telle ou telle épaisseur, car une mesure absolue pourrait, suivant l'âge, se trouver soit au-dessus, soit au-dessous de l'état normal.

Cette affection a reçu les noms de *palpitations*, *battements de cœur*, *anévrysme du cœur*, *maladie organique du cœur*, *anévrysme actif*.

Sa *fréquence*, sans être extrême, est assez grande. Quelques médecins ont avancé qu'elle avait augmenté dans ces derniers temps; mais cette assertion, pas plus que tant d'autres du même genre, n'est nullement prouvée, et l'on doit plutôt penser que, si l'on en trouve un plus grand nombre de cas, c'est qu'on sait mieux les découvrir.

#### § II. — Causes.

##### 1° Causes prédisposantes.

Si l'on demande une démonstration rigoureuse des causes qui ont été signalées comme produisant l'hypertrophie, on sera peu satisfait des renseignements fournis par les auteurs. On serait presque tenté, en les voyant si hypothétiques, de passer sous silence la plupart de ces causes prétendues. Cependant il en est quelques-unes sur lesquelles il est nécessaire de dire un mot.

On n'a que des données peu précises sur l'*âge* et le *sexe* considérés comme causes prédisposantes. On sait seulement d'une manière générale qu'on est prin-

cipalement exposé à cette maladie dans l'âge mûr, et que les hommes y
sujets que les femmes. Quant à l'espèce d'hypertrophie, il est aujourd'hui
que l'hypertrophie simple qui est ordinairement la conséquence d'une aff
poumons se manifeste particulièrement chez les sujets avancés en âge, t
l'hypertrophie qui est la conséquence de l'altération des orifices se mo
nairement chez des sujets plus jeunes, et principalement chez ceux qui
rhumatismes articulaires.

M. Beau (1), ayant trouvé plusieurs cas dans lesquels l'hypertrophie coïnc
une *péricardite ancienne* et des *adhérences étroites*, de telle sorte que
valvules pouvait en être gêné, a regardé ces adhérences comme une cau
pertrophie. Hope a fait des observations semblables, et il n'est pas trè
effet, de trouver ces lésions réunies. Cependant, il faut le dire, on n'a pas
encore assez exactement la marche et la succession de ces deux maladies p
doive attribuer nécessairement à l'une d'elles la production de l'autre
d'autant plus nécessaire d'appuyer ces assertions sur un grand nombr
que, d'après des recherches inédites que M. Louis a bien voulu nous c
péricardite avec adhérence ne s'est pas rencontrée très fréquemment d
nière plus notable chez des sujets affectés de maladies organiques du
dans les cas où le cœur était sain.

L'*étroitesse congénitale de l'aorte ou de l'artère pulmonaire* a été
donnée comme une cause de cette affection. Laennec admettait aussi un
*portion congénitale* d'une partie du cœur; enfin quelques auteurs, ayan
un nombre considérable d'hypertrophies de cet organe dans une seule fa
regardé l'affection comme *héréditaire;* mais ces assertions diverses, et
dernières, ne sont point fondées sur des faits incontestables. Quant aux *pr*
nous dirons qu'on ne sait rien de positif à cet égard. C'est par une simple
rique que Corvisart avait indiqué les sujets exerçant une profession qu
des mouvements fatigants des bras, le reste du corps étant en repos, co
ticulièrement atteints de l'hypertrophie du cœur, et l'on a remarqué
l'ouvrage de ce médecin, où les tailleurs en particulier sont cités comm
cette affection, il n'y avait pas de cas dont l'observation fût relative à u
de cette profession.

2° Causes occasionnelles.

Nous plaçons en première ligne, parmi les causes occasionnelles, le
*ment* d'un ou de plusieurs orifices du cœur. En pareil cas on voit, en eff
rois de la cavité placées immédiatement derrière le rétrécissement s'hype
en même temps que la capacité de cette cavité augmente. Dans plusieur
trouvé l'hypertrophie, non pas derrière l'obstacle, mais dans la cavité q
cédait. M. Legroux (2) en a signalé plusieurs exemples; mais les rech
M. Louis, déjà citées, sont beaucoup plus explicites sur ce point. Cet ob
ayant réuni les observations qu'il a recueillies lui-même à celles des

(1) *Recherches d'anatomie pathologique sur une espèce particulière de dilatat*
*pertrophie du cœur.*

(2) *De l'inflammation comme cause des affections organiques du cœur* (Jour
*rience*).

r trace, à l'orifice un rétrécissement, et dans les parois de la cavité, l'hy-
. Il peut y avoir du vrai dans ces explications, mais certainement la
t pas mise hors de doute, dans tous les cas, comme le prouvent les faits
I. Louis.

t que M. Beau (1) a particulièrement insisté sur l'influence de cette cause,
rmule en disant que toute hypertrophie située en arrière d'un rétrécis-
providentielle. Selon cet auteur, l'hypertrophie aurait été créée après le
ent, dans le but de donner aux parois de la cavité un surcroît de force
née à l'obstacle à surmonter, dans le but enfin de rétablir une sorte
al, ou du moins d'équilibre entre la puissance et la résistance.

t de voir que les chiffres précédents et le fait de l'existence d'hypertro-
bstacles, ruinent cette hypothèse. D'autres preuves s'ajoutent à celles-là.
onsidère l'hypertrophie et le rétrécissement qu'après leur formation et
rfier développement, on peut prendre l'hypertrophie pour le résultat et
nce nécessaire du rétrécissement. Telle est, en effet, l'idée la plus
puisse s'éveiller tout d'abord ; mais elle ne tarde pas à être détruite
examine l'évolution ou le développement des deux lésions. L'une n'est
équence de l'autre, car elles ne se suivent pas ; elles sont simultanées,
ines, elles s'accompagnent sans s'influencer. Les faits les plus nom-
s plus variés établissent que là où une membrane formant surface vient
ner, les tissus sous-jacents s'hypertrophient ; cela ne vient pas de ce
us participent à l'inflammation, mais de l'augmentation de leur réseau
par suite de l'inflammation du plan membraneux qu'ils supportent.
trophie est donc simplement un fait d'*irritation nutritive* ou d'*hyper-*
et rien autre chose. On voit la musculeuse de la vessie s'hypertrophier
les colonnes volumineuses, sous l'influence de la cystite, du catarrhe
ans qu'il y ait le moindre obstacle au col de la vessie, dans la prostate,

On a également signalé, comme une des causes les plus efficaces de l'hypertrophie du cœur, un obstacle apporté à la circulation du sang par une *maladie chronique des poumons*, la phthisie, par exemple; mais des recherches exactes ont prouvé le peu de fondement de cette assertion. Ainsi MM. Louis et Bizot ont trouvé, chez des phthisiques dont les poumons farcis de tubercules étaient presque entièrement imperméables, le cœur notablement diminué de volume, et non hypertrophié, comme on aurait pu s'y attendre d'après les idées théoriques. Les choses se passent de la même manière lorsqu'un cancer vient s'opposer au cours du sang dans les poumons.

L'*emphysème pulmonaire* ne nous paraît pas devoir être considéré seulement comme une cause prédisposante de l'hypertrophie; il en est encore une cause efficiente, ainsi que les recherches de M. Louis (1) nous l'ont appris. Il suffit de l'existence de l'emphysème pulmonaire, pendant un certain nombre d'années, pour que, sans aucune autre cause particulière, on voie se développer une hypertrophie du cœur, qui fait des progrès plus ou moins rapides.

Les *bronchites* particulières qui se montrent si fréquentes chez les emphysémateux, ont aussi leur part dans la production de l'hypertrophie du cœur.

Des *émotions vives* et souvent répétées, les chagrins, les passions violentes, sont généralement rangés parmi les causes très efficaces de la maladie qui nous occupe. Corvisart les mettait presque au premier rang, mais on est bien loin de savoir encore quel est leur degré d'influence. Larcher (2) a cru trouver pendant la *grossesse* une hypertrophie momentanée qui se dissipe ordinairement après l'accouchement, mais qui, dans des circonstances particulières, peut se prolonger et devenir permanente. Mais les observations des autres médecins n'ont point confirmé cette manière de voir.

Enfin, un *régime excitant;* l'usage immodéré des *boissons alcooliques;* un *exercice violent* fréquemment renouvelé; en un mot, toutes les causes qui activent très notablement la circulation, ont été signalées comme provoquant les maladies du cœur. Quant à l'*irritation nutritive* imaginée par Dupuytren, c'est tout simplement un mot qui exprime un fait vrai, c'est-à-dire la production fréquente de l'hypertrophie sans cause connue, mais qui ne nous apprend rien de plus positif.

M. le docteur Barlow (3) a classé ainsi qu'il suit les causes de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur : « La dilatation, dit-il, reconnaît donc deux espèces de causes : 1° l'augmentation de la quantité du sang dans les cavités du cœur; 2° l'affaiblissement des parois musculaires du cœur, qui ne peut plus lutter contre la force distensive ordinaire. Il suit de là que la dilatation et l'hypertrophie ne sont en quelque sorte que deux modes du même état morbide, en rapport avec le degré d'activité de la fonction nutritive, et que toutes les causes des deux altérations peuvent se ranger sous les trois groupes suivants : 1° l'obstruction par changement dans les orifices du cœur ou sur le trajet du système circulatoire; 2° l'obstruction dépendant du changement dans la quantité ou dans les propriétés physiques du sang; 3° le défaut de force des parois musculaires du cœur. »

(1) *Recherches sur l'emphysème* (*Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris*, 1837, t. I).
(2) *Archives générales de médecine*, 1828.
(3) *Guy's hospital Reports*, t. V, 1847.

tte classification soit généralement satisfaisante, il n'en reste pas moins
qui ne s'y prêtent pas complétement.
ction s'applique bien plus encore à la théorie de M. Forget.
a lu à l'Académie de médecine (1) un travail dont voici les conclu-

le culminant du rétrécissement aortique est la dilatation du ventricule
lle existe presque nécessairement avec hypertrophie. L'anévrysme du
iche implique la dilatation passive des autres cavités. Le rétrécissement
ie donc le développement général du cœur (*cor bovinum*).
récissement mitral donne lieu à la dilatation des cavités, moins celle
gauche, d'où le cœur *en gibecière*.
u'il y a complication de rétrécissement des deux orifices, les signes
pres à l'orifice dont le rétrécissement est le plus prononcé.
rysme du cœur droit, plus fréquent qu'on ne le pense, résulte tou-
gorgement pulmonaire chronique. Ici les accidents pulmonaires ont
ccidents circulatoires.
ertrophie concentrique est spéciale au ventricule gauche et résulte
tamment d'un obstacle siégeant en arrière de ce ventricule; à savoir,
ment mitral ou de l'engorgement pulmonaire.
ignes généraux dérivant presque tous de l'obstacle circulatoire doi-
rement à l'opinion générale, être les mêmes dans tous les genres
: ainsi, l'anasarque, la dyspnée, le reflux veineux, la cyanose, sont
it qu'il y ait rétrécissement aortique ou mitral, dilatation active ou

ous avons vu que parfois la dilatation se fait non en arrière, mais
rétrécissement, et quant à la dilatation du ventricule droit par
tacle qu'éprouve le cours du sang dans le poumon, il suffit de voir
se chez les phthisiques pour s'assurer qu'il faut autre chose que cet

omme on le voit, a grand besoin d'être éclairé par l'observation, car
ore été étudié avec tout le soin nécessaire.

### § III. — Symptômes.

*ômes* de l'hypertrophie du cœur sont généralement beaucoup mieux
eux des affections de cet organe dont nous avons donné l'histoire. Ils
és avec beaucoup de soin, surtout dans ces dernières années.
é l'hypertrophie en plusieurs espèces ou formes, dont on a cherché à
riptions séparées. Ainsi on a décrit l'*hypertrophie avec dilatation*,
*ie concentrique* et l'*hypertrophie bornée à une ou plusieurs des di-*
*s*. Il est certain que ces formes présentent quelques particularités
, mais il ne s'ensuit pas, à notre avis, qu'elles méritent une descrip-
éciale. Il y a des symptômes communs qui appartiennent à l'hyper-
ie nous exposerons d'abord; puis viendront ces diverses formes que

*de l'Académie de médecine*. Paris, 1844, t. IX, p. 1171.

nous croyons devoir considérer comme de simples variétés. Nous dirons seule
ce qu'elles présentent de plus remarquable.

*Début.* — Il est très rare que l'hypertrophie du cœur se développe rapid
en général, elle débute d'une manière sourde et inaperçue, ou bien elle don
d'abord à des palpitations intermittentes qui, plus tard, deviennent contin
même temps que les autres signes de la maladie se manifestent. Ainsi le
n'offre ordinairement rien de notable. On a cité des cas où, soit que la maladie
tât déjà sans qu'on l'eût découverte, soit qu'elle ait apparu tout à coup, les p
tations ont commencé après une émotion très vive, un violent accès de colère
grande frayeur, la chute d'un lieu très élevé, etc.

Dans quelques cas, au contraire, des malades ont pendant longtemps des p
tations sans en éprouver d'incommodité. Ils peuvent se livrer à un violent
cice, nager, plonger sans en souffrir, et cependant, au bout d'un certain
tous les symptômes de l'hypertrophie avec dilatation apparaissent et suivent
cours ordinaire. M. Louis a observé plusieurs faits de ce genre.

*Symptômes.* — Ils doivent être distingués en *symptômes locaux* et en
*ptômes généraux.* Les premiers sont ceux qui ordinairement importunent le
les malades. Cependant il y a quelques exceptions à cette règle, comme on le
dans la description suivante :

1° *Symptômes locaux.* — On a signalé l'existence d'une *voussure* à la région
cordiale comme un des signes de l'hypertrophie du cœur; mais les recherches
M. Woillez (1) ont fait voir qu'on avait pris pour une voussure due à l'hypertr
une de ces saillies existant depuis la naissance, auxquelles il a donné le nom d'
*morphies physiologiques.* Ce sujet sera traité plus loin. (Voy. Appendice, *E*
*du cœur.*)

La *matité*, sans être extrêmement considérable, est toujours notable si l'hyper
trophie a atteint un certain degré; et s'il y a dilatation, elle peut offrir jusqu'à
et douze centimètres de diamètre, et quelquefois davantage. En même temps
sent sous le doigt, pendant la percussion, une résistance inaccoutumée et très
sidérable lorsque les parois du cœur sont très épaissies.

L'*impulsion* du cœur est ordinairement très forte; elle soulève fortement
dans une étendue considérable, les parois de la poitrine. En outre, on re
souvent un fait qu'il est très important de noter, c'est le battement de la p
cœur en dehors, et quelquefois à une assez grande distance de la ligne v
abaissée du mamelon. Ce signe annonce évidemment un changement dans l
et dans la position de l'organe, changement dû à l'hypertrophie, dont on
d'ailleurs les autres symptômes.

On ne trouve pas ordinairement de *bruit anormal* à la région préco
cependant on a noté quelquefois un léger *bruit de souffle* au premier tem
bruit de souffle ne peut être expliqué que par la grande violence avec laq
sang est poussé dans l'aorte, de telle sorte que la vitesse du liquide compen
trop grande largeur de l'orifice qu'il traverse, la vibration se trouve p
comme si cet orifice était rétréci. Toutefois ce bruit de souffle est toujours
ger, et n'est nullement comparable à celui qui est produit sur les bords r

(1) *Recherches sur l'inspection et la mensuration de la poitrine.* Paris, 1838.

s adhérentes. On a encore cité un *bruit musical* qui, en effet, se fait
ns quelques cas d'hypertrophie, et qui est quelquefois si fort, qu'on peut
à plusieurs pas de distance Ce bruit existe principalement dans les cas
hie avec dilatation.

n'y a pas de bruits anormaux bien marqués dans l'hypertrophie du
*ruits normaux* subissent des modifications qui ont une grande impor-
tous les auteurs ont remarqué que ces bruits, et principalement le pre-
ourds, obscurs, étouffés, et ordinairement prolongés, selon la remarque
est là un signe appartenant à toutes les hypertrophies, mais qui, dans
espèces, varie pour l'intensité et le temps auquel il se produit.

al, ces symptômes ne s'accompagnent pas d'une *douleur* notable. Les
ignent plutôt d'une gêne, d'un sentiment de pesanteur vers la région
, et d'une espèce d'anxiété qui est surtout produite par les palpi-
it des cas exceptionnels où, comme nous l'avons dit plus haut, les ma-
uvent même aucune sensation. M. Louis a vu, entre autres, un homme
fort longtemps, avait les palpitations les plus violentes, et présentait
l'hypertrophie du cœur très évidents pour ceux qui l'examinaient, sans
u'il eût la moindre affection. Quelques sujets, au contraire, ressentent
r assez vive, mais que nous avons vue, dans plusieurs cas, avoir son
les parois de la poitrine, de telle sorte qu'on pouvait à peine toucher la
région précordiale sans l'exaspérer. On sait que plusieurs auteurs ont
maladies du cœur comme la principale cause de l'angine de poitrine;
effet on a observé dans ces affections les douleurs lancinantes de cette
l'histoire de laquelle nous renvoyons pour rechercher ses véritables

*tômes généraux.* — Il y a dans la *circulation* des changements qu'il im-
gnaler. Le pouls est ordinairement fort, plein, large, et en même temps
n trouve cependant de nombreuses exceptions à cette règle; dans l'hy-
concentrique, par exemple, le pouls est petit et déprimé, et l'on sait
s cas d'hypertrophie compliquée d'autres lésions du cœur, le pouls pré-
altérations notables; mais ici nous ne nous occuperons que de l'hyper-
c conservation de la capacité normale ou avec dilatation proportion-
issement des parois. C'est surtout dans les cas où l'hypertrophie du
gauche est prédominante, que ces caractères du pouls sont remar-

é, comme appartenant à l'hypertrophie, *un embarras plus ou moins*
*le de la circulation veineuse*, d'où la turgescence et l'aspect violacé de
dème, l'anasarque, les hémorrhagies passives, les troubles de la respira-
M. Bouillaud fait remarquer qu'on a eu principalement en vue dans cette
les cas compliqués, et où des obstacles plus ou moins considérables,
orifices du cœur, venaient arrêter la marche du sang; et, en effet, il
que dans les descriptions générales on n'a ordinairement pas eu soin de
comme l'a fait l'auteur que nous venons de citer, les cas simples des
qués, distinction néanmoins fort importante. Dans les cas d'hypertro-
e, la face fortement colorée, l'absence de toute congestion veineuse, et
tions séreuses, si communes dans les maladies du cœur, annoncent que

la circulation a, au début du moins, un surcroît d'activité, et n'est nulle
embarrassée.

Déjà M. Bouillaud avait fait remarquer la coïncidence des infiltrations sére
avec les rétrécissements des orifices plutôt qu'avec l'hypertrophie elle-même.
recherches de M. Louis, auxquelles nous avons déjà emprunté des résultats
portants, mettent le fait hors de doute d'une manière plus rigoureuse encore.
observateur a en effet trouvé, sur un grand nombre de cas analysés avec soin,
l'œdème n'a généralement point lieu sans rétrécissement, de telle sorte qu'on
en tirer un signe très utile pour le diagnostic; car, si l'absence de la sérosité
prouve pas d'une manière positive qu'il n'y a pas de rétrécissement, puisque celui
ne produit pas nécessairement l'œdème, et que parfois l'œdème peut se prod
sans lui, du moins sa présence porte à penser que le rétrécissement existe, et
par conséquent la maladie a un degré de gravité de plus que l'hypertrophie sim
Aussi faut-il reconnaître, avec M. Bouillaud, que, dans les cas où l'hypertrophie
présente point de complication, la respiration, la locomotion et l'innervation n'épro
vent d'altération notable que dans les derniers temps de la maladie, et lorsque
autres symptômes ont fait de grands progrès.

Tels sont les symptômes qui appartiennent à l'hypertrophie simple du cœur, co
sidérée d'une manière générale. Passons maintenant à la description des diver
variétés que nous avons signalées plus haut.

*Formes de l'hypertrophie.* — Depuis Bertin (1) on a généralement divisé l'h
pertrophie en trois formes principales : « Dans la première, dit M. Bouillaud,
parois d'une ou de plusieurs cavités du cœur sont hypertrophiées, sans que
cavités aient augmenté ou diminué de capacité : c'est l'*hypertrophie simple.* Da
la seconde, les parois des cavités sont hypertrophiées en même temps que la ca
cité de ces cavités est augmentée : c'est l'*hypertrophie excentrique*, ou l'anévrys
actif de Corvisart. Dans la troisième, l'épaississement hypertrophique du cœur co
cide avec la diminution de capacité des cavités, comme si l'hypertrophie s'était op
à leurs dépens : c'est l'*hypertrophie concentrique.* »

Les deux premières de ces formes ont été admises sans discussion. Peut-ê
cependant le défaut de mesures exactes fera-t-il naître quelques doutes sur l'ex
tence de la première, au moins dans quelques-uns des cas cités. Du reste, on co
vient que cette forme est très rare. Pour la seconde, elle constitue, dans la t
grande majorité des cas, l'hypertrophie du cœur. La troisième a soulevé des obj
tions sérieuses. M. Cruveilhier, ayant remarqué que les individus qui ont succom
à une mort violente, et en particulier les suppliciés qui périssent par une hém
rhagie très rapide, présentent un effacement complet des cavités ventriculaires,
a conclu que les cœurs hypertrophiés concentriquement sont des cœurs n'offr
qu'une hypertrophie simple, mais surpris par la mort dans toute l'énergie de l
contractilité. D'autre part, M. George Budd (2) a publié un mémoire sur l'hyp
trophie concentrique, fondé sur quinze cas empruntés à divers auteurs ou obs
vés par lui-même, et desquels il conclut que l'hypertrophie concentrique n'exi
point d'une manière permanente pendant la vie, si ce n'est dans quelques cas rar

(1) *Traité des maladies du cœur.* Paris, 1824, in-8.
(2) *Med. chir. Trans. of London*, 1838, t. XXI, p. 296.

mité congénitale. Mais les raisons qu'il donne ne nous paraissent pas ires. Si, en effet, il a pu souvent, à l'autopsie, ramener les cavités du ur dimension normale, quelquefois il n'y est point parvenu, et s'il a pu fréquemment l'état de contraction du ventricule par la facilité avec sang pouvait être chassé à travers un orifice non rétréci, dans plusieurs existait un obstacle considérable au cours du sang, il n'est pas permis cette explication. D'un autre côté, plusieurs auteurs, Corvisart, laud, Louis, Hope, etc., ont cité des exemples d'hypertrophie très conqui ne permettaient plus la dilatation du cœur après la mort, et où le était tellement rétréci que, dans une observation de M. Louis, par l pouvait admettre à peine l'extrémité du pouce. Comment, d'ailleurs, ophie concentrique n'existait pas, aurait-on pu, dans les cas dont nous parler, constater pendant la vie quelques symptômes particuliers, et s la petitesse du pouls, due sans doute à la petite quantité de sang lancé ricule.

que nous disions dans la première édition de cet ouvrage. Depuis, ibre (1) a entrepris une série d'expérimentations qui ne permettent plus t que, pour ce motif, nous devons exposer ici. Il a fait porter son inves-r un grand nombre de sujets, ne s'en fiant jamais à l'apparence, et n'ad-mme l'expression de la capacité réelle des ventricules et de l'épaisseur de s, que l'état dans lequel se trouvent ces cavités à la suite de la dilatation, it qu'elles éprouvent immédiatement après elles. Or voici quels sont les u'il a obtenus :

se divisent en quatre catégories. « Dans la *première*, dit M. Dechambre, ules rétrécis ou même littéralement oblitérés se laissaient dilater assez pour in léger retour sur eux-mêmes, ils conservassent des dimensions nor-es parois, dans ce mouvement d'expansion, avaient perdu l'excès d'épais-les présentaient d'abord.

a *deuxième catégorie*, la dilatation des ventricules était un peu plus diffi-même que leur rétrécissement n'était pas très considérable; cependant ait, sans trop d'efforts, à leur donner d'une manière permanente des s *supérieures* aux dimensions normales, et toujours alors leurs parois ncore notablement épaissies.

roisième catégorie comprend les cas où, après la distension, les ventri-naient à des dimensions normales, les parois conservant une *épaisseur* Dans ce cas, habituellement la distension était plus difficile encore que récédents. Au lieu de sentir la fibre musculaire se distendre graduelle-l'effort, on était presque immédiatement arrêté par une résistance inélas-iblable à celle que donne un cœur normal, quand déjà la distension de a été portée aux dernières limites de l'extensibilité.

, dans la *quatrième catégorie*, à quelque degré de distension que le cœur ı, les ventricules, un instant dilatés, revenaient toujours à des dimensions s *aux dimensions normales*, et les parois, un instant amincies, à un aisseur exagéré.

(1) *zette médicale*, 21 septembre 1844.

» Ajoutons que, dans ces deux dernières catégories, le volume du cœur,
n'avait pas sensiblement varié, ou avait augmenté; que le ventricule affecté
plus plein, plus arrondi que de coutume; que le tissu musculaire était plus in
pressible, plus dense, et, si l'on peut le dire, d'un grain plus serré que d
seconde, et surtout dans la première catégorie. »

Après de semblables expériences, on ne saurait plus mettre en doute l'exi
de l'hypertrophie concentrique; nous devons cependant reconnaître que dan
bon nombre de cas la remarque de M. Cruveilhier reçoit son application.

Disons maintenant un mot de ces trois formes :

*Première forme.* — L'hypertrophie avec conservation de la capacité normal
présente rien qui diffère de la description générale donnée plus haut.

*Deuxième forme.* — Dans l'hypertrophie avec dilatation, ce qu'il y a surt
de remarquable, c'est l'étendue de la matité précordiale, qui est telle que l'on
la pointe du cœur battre en dehors et au-dessous du mamelon, entre la huitièm
la neuvième côte, et la base entre la deuxième et la troisième. En outre, la gr
deur, la plénitude, l'état vibrant du pouls, annoncent qu'une grande quanti
sang est lancée d'un seul coup dans le système artériel.

*Troisième forme.* — Quant à l'hypertrophie concentrique, avec une m
moins étendue, elle nous offre des bruits du cœur sourds, étouffés, prolongé
en même temps cette petitesse, cette dépression du pouls dont nous avons
plusieurs fois parlé.

Voilà tout ce qu'il y a à considérer dans ces trois formes. Voyons mainte
s'il est possible de tracer une description particulière de l'hypertrophie des div
cavités du cœur.

*Hypertrophie bornée à une partie du cœur.* — Nous ne possédons à ce
que des renseignements assez vagues, les observateurs n'ayant pas porté assez
cialement leur attention sur ce point important. M. Bouillaud est celui qui d
le résumé le plus précis des différences qui existent entre l'*hypertrophie des
ventricules.* Selon lui, dans l'hypertrophie du ventricule gauche, les battemen
font principalement sentir vers les cartilages des cinquième, sixième, septièm
même huitième côtes, où se trouvent à leur maximum la matité et la voussur
même temps le pouls est fort, tendu, vibrant; le visage est vermeil; les yeux
animés; il se manifeste, à des intervalles plus ou moins éloignés, des bouffé
chaleur vers la tête; on observe des étourdissements, des saignements de nez
Dans l'hypertrophie du ventricule droit, au contraire, les battements vi
existent sous la partie inférieure du sternum, ainsi que la matité; le pouls
point plein et vibrant, à moins de complication d'hypertrophie du vent
gauche. Il y a des hémorrhagies pulmonaires; la respiration, suivant Corvisa
gênée; en un mot, tandis que dans l'une on trouve une augmentation d'é
de la circulation artérielle, dans l'autre cette énergie existe dans la circu
veineuse, comme le prouve la dilatation de l'artère pulmonaire dans tout
étendue, observée par M. Louis (1) dans les cas d'hypertrophie des cavités dr
A ces signes, Hope et plusieurs autres observateurs ajoutent la turgescenc
veines jugulaires externes, et le pouls veineux lorsque l'hypertrophie exi

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2ᵉ édit. Paris, 1843, art. HÉMOPTYSIE.

mais dans les cas où il en est ainsi, il y a ordinairement complication d'une valvulaire.

que ces signes distinctifs paraissent exister dans un grand nombre de cas, dire que les assertions précédentes ne sont point fondées sur une analyse des observations, et qu'il reste encore beaucoup à faire sur cé sujet.

Quant à l'*hypertrophie des oreillettes*, M. Bouillaud n'en parle point, et, suiHope, il n'y a point de signe qui puisse la faire distinguer de l'hypertrophie ventricules correspondants. Mais M. Beau (1), analysant un certain nombre observations d'hypertrophie, a remarqué que, dans les cas où le ventricule en une notable, surtout si l'oreillette n'y participe pas d'une manière très sible, l'impulsion du cœur, contre l'opinion générale, est peu marquée, tandis le contraire a lieu dans les cas d'hypertrophie considérable de l'oreillette. Ce là un fait confirmatif de sa théorie des mouvements du cœur, qui mérited'être vérifié par d'autres observateurs.

Telle est la description symptomatologique de l'hypertrophie. Pour la compléter, nous contenterons d'énumérer ici les diverses influences qu'on a attribuées à maladie sur les troubles fonctionnels et sur les lésions de plusieurs autres Une description détaillée serait inutile, attendu que cette lésion n'agit alors comme simple cause, et que nous devrons y revenir à l'occasion des maladies suivant plusieurs auteurs, peuvent se développer sous son influence.

La principale de ces influences est celle que l'on a attribuée à l'hypertrophie du ventricule gauche, sur la production de l'apoplexie cérébrale et du ramollissement cerveau. Sur 54 cas cités par M. Bouillaud, 11 ont présenté l'une de ces deux affections, mais ce résultat est très probablement l'effet d'une coïncidence, puisque dans le grand nombre de cas rassemblés par M. Louis, il n'y a pas eu un seul exemple d'hémorrhagie cérébrale, et que le ramollissement cérébral a coïncidé avec l'hypertrophie du cœur moins fréquemment qu'avec d'autres affections, la phthisie, par exemple. Relativement au ramollissement du cerveau, M. Bouillaud a oublié de prendre dans une autre maladie un point de comparaison qui l'aurait éclairé.

Quant à l'influence du ventricule droit sur le poumon, elle paraît bien moins démontrée à ceux même qui l'ont mise en avant, que l'influence du ventricule gauche sur le cerveau. Elle le paraîtra moins encore, quand nous aurons dit que dans les cas observés par M. Louis, il n'y en a eu que cinq où l'on ait noté quelques crachements de sang, et ces cas étaient précisément ceux où le ventricule droit avait le moins d'énergie, et où la dilatation de l'artère pulmonaire, annonçant un surcroît d'activité de la circulation, était portée au degré le moins élevé.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de cette affection est ordinairement lente et progressive. Nous avons dit plus haut qu'au début, elle pouvait offrir d'assez grandes irrégularités ; mais à mesure qu'elle fait des progrès, les symptômes deviennent plus permanents, quoi-

(1) *Traité d'auscultation appliqué à l'étude des maladies du poumon et du cœur*. Paris, 1856, p. 351 et suiv.

que cependant on voie survenir plus ou moins souvent des améliorations ## bles. Les extrêmes de la durée, dans les cas rassemblés par M. Louis, ont mois et douze ans.

Ainsi donc, la *durée* est assez variable ; cependant on peut dire qu' moins, en général, que dans les autres affections organiques du cœur. M examinant un assez grand nombre d'observations, a trouvé que l'hypertrop en général une durée d'un peu plus de quatre ans ; mais il a trouvé aus avait une différence assez notable, sous ce rapport, entre l'hypertrophie droit et celle du côté gauche. Celle-ci conduit plus rapidement les ma tombeau, car cet observateur a vu que l'hypertrophie du ventricule gau une durée moyenne de deux ans un tiers, tandis que celle du ventricule d de six ans et demi : résultat qui est confirmé par cette autre considérat parmi les cas d'hypertrophie du ventricule gauche, on en compte un as nombre où la maladie a été de très courte durée (de trois à sept mois), tand ne trouve qu'un seul cas de ce genre parmi ceux d'hypertrophie du ventric De plus, M. Louis a constaté que la durée était bien plus courte dans les existait une dilatation que dans ceux où il n'y avait qu'une hypertrophie La durée a été en effet d'environ deux ans et demi, dans les premiers, ans dans les seconds, même lorsqu'il y avait hypertrophie du ventricule C'est là un fait qui doit être noté.

Dans les cas bien constatés d'hypertrophie du cœur, on a bien rarement exemples de *terminaison* heureuse, et encore ces exemples laissent-ils l de doute, car on n'a pas ordinairement suivi les malades assez longte s'assurer que la guérison était réelle. D'un autre côté, les troubles notal circulation qui surviennent dans certains cas d'anémie et de chloros symptômes remarquables de ces maladies, ont pu, plus d'une fois, en pour une maladie organique, et faire croire à la guérison de l'hypertrophi mot, sous ce rapport, l'observation a encore beaucoup à faire. Le fait Laennec (1) en est une preuve. La percussion n'a point, en effet, été prat l'impulsion du cœur n'a point été mentionnée, de telle sorte qu'il n'est p que dans ce cas il y ait eu une véritable hypertrophie.

Nous avons vu plus haut que Hope et M. Beau avaient cité des exem pertrophie du cœur liée à une péricardite ancienne. Suivant ce dernier ob la guérison peut avoir lieu à une certaine époque, dans les cas de ce g brides qui retenaient le cœur et qui gênaient ses mouvements finissent, de ces mouvements mêmes, par s'étendre et laisser un peu plus libres les tions de l'organe ; alors l'hypertrophie, qui ne semblait produite que pour par la force de la contraction, à la liberté des mouvements, diminue en mê que la cause qui l'avait fait naître. Cette manière de voir, que M. Beau n'avance pas sans restriction, demande à être confirmée par des ob nouvelles.

## § V. — Lésions anatomiques.

La principale de ces lésions est, il n'est pas besoin de le dire, l'épaissis parois des diverses cavités, qui acquièrent quelquefois une épaisseur doubl

(1) *Op. cit.: Des maladies organiques du cœur*.

de celle qui leur est naturelle. Les colonnes charnues deviennent plus saillantes, plus grosses, et laissent entre elles des intervalles profonds. Le volume général du cœur est plus ou moins augmenté : il l'est surtout lorsqu'il y a une hypertrophie avec dilatation. En même temps cet organe est déformé, ses angles naturels sont arrondis ; il ressemble, suivant la comparaison de Laennec, au cœur de bœuf, ou même à une gibecière. Nous avons vu plus haut comment M. Forget explique la production de ces diverses formes.

Sa situation et sa direction ne sont plus les mêmes. Dans l'hypertrophie considérable, il est placé presque transversalement dans le côté gauche de la poitrine, et ses rapports sont changés en raison directe de ce déplacement. La pointe est portée en dehors du mamelon et à un ou deux espaces intercostaux au-dessous de celui auquel elle correspond dans l'état normal. Au reste, ces changements de situation varient beaucoup suivant que l'hypertrophie et la dilatation portent sur tel ou tel point ; mais il serait inutile d'entrer dans des détails à ce sujet, car il est facile de comprendre quelles sont ces modifications, lorsque la lésion se trouve dans les cavités gauches ou dans les cavités droites, dans les ventricules ou dans les oreillettes. Le tissu musculaire du cœur, sur lequel porte principalement l'hypertrophie, est ordinairement ferme, résistant et d'un rouge plus vermeil qu'à l'état normal.

Quant aux autres lésions que l'on trouve si souvent avec l'hypertrophie, telles que les altérations de l'endocarde, les adhérences pseudo-membraneuses du péricarde, etc., nous n'en parlerons point ici, parce qu'elles peuvent être considérées comme de simples complications. Il suffit de dire qu'elles se rencontrent très fréquemment, et de renvoyer le lecteur aux articles précédents.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

L'hypertrophie du cœur est, de toutes les affections de cet organe, celle dont le diagnostic est le plus facile et le plus positif. C'est peut-être pour cette raison que les auteurs qui ont traité de ces maladies, et en particulier Hope et M. Bouillaud, n'en ont point parlé d'une manière particulière.

Il suffit de se rappeler que l'hypertrophie est caractérisée par une impulsion violente, au moins dans un nombre considérable de cas, par l'étouffement des bruits du cœur, par une matité *très résistante* et plus étendue qu'à l'état normal ; enfin, par un surcroît d'activité dans la circulation artérielle, quand le ventricule gauche est hypertrophié.

On a cherché à distinguer cette maladie de la *pleurésie avec épanchement*, et de l'*emphysème pulmonaire ;* mais bien que la première, en refoulant le cœur du côté opposé à celui qu'elle occupe, puisse au premier abord faire naître quelques doutes, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'établir un diagnostic entre des affections si dissemblables.

On a ensuite recherché les différences qui existent entre l'hypertrophie simple et l'*endocardite aiguë ;* mais il faudrait, pour qu'on pût craindre une confusion, que l'hypertrophie se montrât en même temps qu'une affection fébrile ; et, s'il en était ainsi, les symptômes antérieurs, l'étendue de la matité, l'absence de bruits anormaux dans l'hypertrophie simple, viendraient, comme nous l'avons dit plus haut, éclairer le diagnostic.

Ce n'est qu'à un examen très superficiel que la *péricardite*, qui a été indiquée comme pouvant être quelquefois confondue avec l'hypertrophie du donnerait lieu à une erreur semblable.

S'il existe une *péricardite* avec épanchement, les battements du cœur fonds, éloignés de l'oreille; enfin, il y a une matité beaucoup plus éten dans l'hypertrophie et pyriforme. Ces signes suffisent pour ce diagnostic, sur il est inutile d'insister.

Quant à l'*anévrysme de l'aorte*, qui a donné lieu à de nombreux di différentiels de la part des anciens, nous indiquerons comment on le distin l'hypertrophie après avoir fait son histoire.

Restent donc les *palpitations* purement nerveuses ou liées à un état chlor ou anémique. Ces palpitations sont parfois assez difficiles à distinguer de l'hy trophie pour avoir plusieurs fois trompé les médecins; et cependant rien n'est important que ce diagnostic, puisqu'il doit influer d'une manière très nota le traitement. Les palpitations nerveuses sont intermittentes; elles prennent coup un grand accroissement, pour diminuer beaucoup ou disparaître entière bientôt après. On les observe ordinairement chez des femmes sujettes à di névroses; elles ne donnent pas lieu à l'œdème des extrémités, et ne présentent, un mot, rien de remarquable, si ce n'est les battements insolites du cœur. Dans palpitations des chlorotiques, on observe, outre les symptômes propres à cet morbide, et qui sont, en général, très différents de ceux de l'hypertrophie, bruits de souffle vers la base du cœur, et bien plus souvent sur le trajet des art Ces bruits anormaux, dont les caractères particuliers seront décrits plus loin, ces dès que par un traitement approprié on a modifié les principaux symptômes, alors il ne reste plus rien de cet état morbide du cœur qui paraissait si effraya Dans l'hypertrophie, au contraire, les bruits anormaux sont rares et très faibles moins de complication; et si parfois on parvient à produire une amélioration se ble, il reste toujours à la région précordiale quelques signes tels qu'une impul augmentée et un certain degré de matité, qui annoncent que la maladie n'a complétement disparu. Les mêmes signes distinguent l'hypertrophie des palpi tions de l'anémie, et de plus il y a dans celles-ci cette décoloration complète tissus, qui est bien différente de ce qu'on observe dans l'hypertrophie.

M. Richelot (1) a signalé une cause d'erreur qu'il est important de connaît Chez les sujets affectés de déviations considérables de la colonne vertébrale, il p arriver que le cœur se trouve comprimé par les parties osseuses. De là dilatation cavités et signes d'hypertrophie. En pareil cas les saignées répétées peuvent très nuisibles en ôtant à l'organe la force de lutter contre l'obstacle. M. Richelo vu au contraire les toniques produire un très grand soulagement.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

D'après les considérations précédentes, nous ne ferons entrer dans ce table que les dernières maladies dont il vient d'être question, parce qu'elles seules pou raient prêter à la confusion.

(1) *Union médicale*, 26 janvier 1847.

### 1° *Signes distinctifs de l'hypertrophie et des palpitations nerveuses.*

| HYPERTROPHIE DU CŒUR. | PALPITATIONS NERVEUSES. |
|---|---|
| Maladie généralement *continue* ; n'éprouvant que des améliorations incomplètes. | Maladie *intermittente* disparaissant entièrement. |
| *Œdème* des extrémités, lorsque l'affection est portée à un haut degré, et surtout quand il y a complication d'une lésion des orifices. | *Point d'œdème.* |
| *Matité augmentée* à la région précordiale. | *Pas d'augmentation de la matité.* |

### 2° *Signes distinctifs de l'hypertrophie du cœur et des palpitations chez les chlorotiques.*

| HYPERTROPHIE DU CŒUR. | PALPITATIONS CHEZ LES CHLOROTIQUES. |
|---|---|
| *Point de bruits anormaux* quand l'hypertrophie est simple. | *Bruits anormaux* à la base du cœur et dans le trajet des artères, |
| *Laisse des traces* même dans les plus grandes améliorations. | *Disparaissant complétement* sous l'influence d'un traitement approprié. |
| *Point de symptômes généraux* de la chlorose. | *Signes généraux* de la chlorose. |

### 3° *Signes distinctifs de l'hypertrophie du cœur et de l'anémie.*

| HYPERTROPHIE DU CŒUR. | ANÉMIE. |
|---|---|
| Mêmes signes que dans le paragraphe précédent. | Mêmes signes que dans le paragraphe précédent, plus la *décoloration* plus ou moins complète due à l'anémie. |

De tous ces diagnostics, le plus important, sans contredit, est celui qui est relatif à la chlorose. Ce sont les palpitations causées par cette maladie qui ont donné lieu le plus souvent à l'erreur. C'est aussi parce qu'on n'a pas assez bien distingué ces deux états différents, l'hypertrophie et les palpitations chlorotiques, qu'on est arrivé à des résultats si contradictoires dans le traitement de la maladie qui nous occupe. On ne saurait trop, par conséquent, fixer son attention sur l'état général du sujet qui offre des palpitations, puisque de cet état général dépendent et le pronostic et le traitement.

*Pronostic.* — Le pronostic de l'hypertrophie est grave, même en admettant, avec Laennec et M. Bouillaud, la possibilité de la guérison. Ce n'est, en effet, que dans des cas très rares qu'on a vu s'arrêter la marche des symptômes, et dans ces cas on n'avait que des présomptions en faveur de l'existence d'une hypertrophie. Le plus souvent cette maladie fait sans cesse des progrès, jusqu'à ce qu'enfin elle entraîne les malades au tombeau. Ce que nous avons dit de sa plus ou moins grande durée, suivant les cas, prouve que la dilatation des cavités du cœur lui donne un haut degré de gravité.

## § VII. — Traitement.

Les médecins qui ont précédé Corvisart ont exposé très longuement, sous le nom de *traitement des palpitations* ou de *l'anévrysme*, les moyens mis en usage contre les maladies graves du cœur. Mais ils savaient si peu distinguer les divers états mor-

bides, qu'ils rangeaient souvent sous le même chef les affections nerveuse tiques et organiques. On peut se faire une idée de la confusion qui régi ce rapport, dans la pratique, en lisant l'article que le célèbre Borsieri a le traitement des anévrysmes. Non-seulement les anévrysmes du cœur, ma ceux de l'aorte et les dilatations des grosses veines y trouvent leur place, s puisse distinguer véritablement ce qui appartient aux uns et aux autres. donc combien on doit être réservé en accueillant ce que ces auteurs nous ( mis, car les affections qu'ils ont ainsi traitées pêle-mêle ont une gravité riable, et les moyens qui réussissent dans l'une peuvent fort bien être i même nuisibles dans l'autre. Nous allons passer en revue les divers moy posés par les auteurs, après quoi nous présenterons les principaux tr complexes préconisés par eux.

*Émissions sanguines.* — Dès qu'on a reconnu l'existence des mala niques du cœur, on a eu recours à la *saignée*, et souvent à des saignées ( On sait que ce sont des saignées élevées à une très haute dose, jointes a qui forment la base du traitement d'Albertini et de Valsalva. Depuis ce on a largement usé de ce moyen. C'est ordinairement la saignée général met en usage. Tantôt petite, mais renouvelée fréquemment; tantôt très mais faite à des intervalles plus éloignés, et seulement lorsque l'intensité ptômes le réclame, elle trouve sa place dans tous les traitements, et bien q (employée seule du moins) on ne soit jamais parvenu à guérir une hyp cependant elle est si souvent immédiatement suivie d'une amélioration qu'on ne peut pas douter de son action avantageuse. Il est néanmoins ( l'on recommande d'être sobre de la saignée : ce sont ceux où, en mê qu'une hypertrophie, il existe une dilatation considérable. Hope a princ insisté sur ce point. Mais, ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs le cents, il n'est pas rare de voir une amélioration très marquée suivre l alors que la dilatation n'est pas douteuse, et souvent l'intensité des sympt elle-même le médecin à y avoir recours. L'efficacité de la saignée passe ment pour un fait si bien démontré, qu'on recommande d'ouvrir la vein enfants, dès que la chose est possible. Les saignées locales, telles que le les *ventouses scarifiées*, ne sont cependant pas exclues du traitement ( trophie. S'il n'y a aucune indication particulière à remplir, c'est à la r cordiale qu'on les applique; s'il existe une congestion sanguine du foie, plus rare dans l'hypertrophie simple que dans l'hypertrophie avec obstac du sang, huit, dix ou quinze sangsues appliquées à l'anus font facilem raître cet engorgement incommode.

*Diurétiques.* — Les diurétiques jouent un trop grand rôle dans le des maladies organiques du cœur, pour qu'on les ait oubliés dans l'hyp mais comme on n'y a guère recours que dans les cas où il existe un œdè hydropisie ascite, il faut admettre que ces médicaments ont été prin dirigés contre les hypertrophies compliquées, et surtout dans les cas ( du sang était arrêté aux orifices. La *digitale*, employée à la fois com tique et comme sédatif du cœur, est une des substances les plus usi Withering (1) qui la conseilla le premier comme le principal remède (

(1) Voy. Kreysig, *loc. cit.*

'est ainsi que Gœlis conseille dans les palpitations, chez les enfants, la ante :

| | |
|---|---|
| alcoolique de digitale 6 gram. | Laudanum de Sydenham....... 125 gram. |
| e d'ammoniaque.... 2 gram. | |

nq à dix gouttes par jour.

eur W. Munk (1) distingue dans la digitale deux actions, l'une *dépres-* *antispasmodique*. Cette dernière surtout se développe, selon lui, lors- e la digitale avec un autre antispasmodique, et elle agit alors très bien lpitations nerveuses. Mais on se demande quelle est, en pareil cas, la qui revient à chacun des médicaments. Il résulte des faits cités dans ue MM. Homolle et Quevenne (2) ont présenté à l'Académie de méde- *digitaline* peut remplacer avantageusement la digitale. Suivant ces a toutes les propriétés thérapeutiques de cette substance; son énergie et n'exige que de faibles doses (2 *à* 5 *milligrammes* dans les vingt- s). On l'administre par granules contenant 1 milligramme du médi-

*le pointes d'asperges* a été vanté, au même titre, comme très utile dans dont il s'agit. Mais, sur ce point, les expériences sont insuffisantes. ) le recommandait très fortement. En général, on l'administre dans à la *dose de trente à quarante-cinq grammes*. Le docteur Gordon l'a vements ainsi qu'il suit (4) :

| | |
|---|---|
| ude............ 220 gram. | Sirop de pointes d'asperges..... 4 gram. |

ement. Le répéter chaque jour.

nisés dans ces dernières années par Laennec. « Ils sont, dit-il, souvent plus
que les diurétiques, et l'on doit d'autant moins craindre de les employer que
répétition un peu fréquente diminue souvent l'énergie des contractions du
tout aussi efficacement que la saignée elle-même ; et lors même qu'il n'
aucune trace d'hydropisie, si les premières saignées ne soulagent pas le malade,
ou deux purgatifs rendent souvent la suivante plus utile. » Il est fâcheux
Laennec n'ait pas appuyé son assertion sur des faits plus positifs que ceux
cite dans son ouvrage, car l'exemple qu'il emprunte à Corvisart n'est pas suffi
Dans ce cas, en effet, on ne constata que la disparition d'une hydropisie,
observé dans plusieurs autres cas où l'on a employé un autre traitement,
outre on ne dit pas quel fut ensuite l'état du cœur. Quoi qu'il en soit, ce sont
*purgatifs drastiques* qui, suivant Laennec, doivent être mis en usage. On pour
par exemple, prescrire les pilules suivantes :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Gomme-gutte | 0,60 gram. | Réglisse pulvérisée | Q. s. |
| Rob de sureau | Q. s. | | |

Faites trente-cinq pilules, dont on prendra cinq par jour.

Le *jalap*, l'*aloès*, et même l'*extrait de coloquinte*, peuvent être mis en
dans le même but.

On a employé aussi des *sédatifs* variés dans le traitement de l'hypertrophie
cœur. Les principaux sont : l'*acide hydrocyanique* et l'*eau de laurier-cerise*.
médicaments n'ont pas, dans cette affection, une efficacité assez bien démon
pour que l'on doive les recommander, le premier surtout, qui est d'un em
si dangereux.

Kreysig prescrivait particulièrement l'*alun* dans des cas où il supposait qu'il
avait un embarras marqué de la circulation. Mais comme cet auteur ne disting
pas, au moins sous le rapport du traitement, les divers états morbides, on ne
dans quels cas il faut avoir recours à l'administration de cette substance, dont
conséquent nous ne croyons pas nécessaire de parler ici.

Les *ferrugineux* ont été aussi mis en usage ; mais si l'on considère qu'ils
vantés par des auteurs qui confondaient entre elles la véritable hypertrophie et
palpitations chlorotiques (sous le rapport du traitement, du moins, car depuis
longtemps on a signalé l'existence des palpitations dans la chlorose), on se dem
dera nécessairement si les cas de guérison qu'on a cités n'appartiendraient pas
simplement à la chlorose. Dans les cas où l'on croit devoir administrer les prépa-
rations ferrugineuses, les *pilules de Blaud* ou *de Vallet*, la *limaille de fer*, etc.,
remplissent facilement l'indication.

Restent maintenant les *médicaments destinés à agir directement sur le tissu
hypertrophié*, et à le réduire à son état primitif. C'est sous ce point de vue qu'on
prescrit certaines *eaux minérales*, telles que l'*eau de Vichy* (1) et celles dont la
composition s'en rapproche plus ou moins. Ainsi Kreysig recommande les *eaux de
Carlsbad*, *d'Ems*, *de Seltz*, etc. C'est également dans ce but que le même auteur

(1) Voy. Nicolas, *Nouveaux faits à l'appui de l'emploi des eaux de Vichy contre certaines affections organiques du cœur* (*Bulletin gén. de thérap.*, 30 juillet 1852).

ms *copieuses d'eau pure*, qui, selon lui, ont, entre les mains de 'heden, fait disparaître des squirrhes et des cancers, auxquels il die organique du cœur dont nous nous occupons. D'un autre côté, rs proscrivent ces boissons abondantes, dans la crainte qu'elles a tendance à l'hydropisie, et qu'elles n'occasionnent une trop on du système sanguin. Mais tout porte à croire que ces craintes et, vu la grande action du sang dans la production des affections cœur, on peut espérer qu'en introduisant une quantité consi-ans ce liquide, on diminuera la cause incessante des progrès de la

*rs.* — On a recommandé encore un nombre assez considérable de els que la *racine de serpentaire*, l'*hydrochlorate d'ammoniaque*, . ; mais ces moyens paraissent bien plutôt avoir été mis en usage palpitations nerveuses que dans tout autre.

*jusquiame*, le *lactucarium*, ont été administrés aux doses ordi-; rien vienne déposer en faveur de leur efficacité.

*rnes.* — En même temps que l'on a donné à l'intérieur les sub-s venons d'indiquer, on a prescrit, à l'extérieur, diverses applica-s *vésicatoires* et même des *cautères* à la région précordiale, dans aire une révulsion; l'*immersion fréquente des extrémités dans* onseillée principalement par Morgagni; des *frictions irritantes*, etc. nbull a vanté des frictions faites sur la région du cœur avec la pom-(1) :

..... de 0,75 à 4 gram. | Axonge..................... 30 gram.
natin et soir.

très difficile d'apprécier la valeur de ce médicament.

De l'avis de tous les auteurs, le *régime* a la plus grande importance ent de l'hypertrophie du cœur. Tous recommandent de ne donner ts très légers : du poisson, des légumes frais, du laitage, etc., et a quantité autant que le malade peut le supporter. C'est encore là iux points du traitement d'Albertini et de Valsalva que nous expo-i. En même temps il faut supprimer complétement les boissons ne permettre que de l'eau pure ou très faiblement rougie.

grand point que d'épargner au malade toutes les émotions violentes s les impressions subites qui peuvent porter leur action sur le cœur; nt, tout en leur prescrivant un exercice modéré, et surtout ce que xercice passif, c'est-à-dire les promenades en voiture ou sur un ure très douce, leur défendre expressément tout exercice violent et t désordonné qui pourrait accélérer considérablement la circulation. efforts dangereux, ils doivent se tenir constamment le ventre libre, lus grand soin dans le traitement des plus légères affections de poi-nt également avoir pour effet l'accélération des mouvements du cœur. prendra les précautions générales suivantes :

ation *into the medical effects of veratria*. London, 1834.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DU COEUR.

Ne prendre qu'une petite quantité d'aliments très légers.

S'abstenir de vin pur et de liqueurs fortes.

Éviter les vives émotions morales.

Ne se livrer qu'à un exercice modéré, et surtout à un exercice passif.

Tel est le traitement de cette affection trop souvent rebelle ; il nous reste main-nant à indiquer celui qui a été mis en usage par Albertini et Valsalva (1), et qui a été ensuite appliqué par Laennec avec quelques modifications.

TRAITEMENT D'ALBERTINI.

Ce médecin eut l'idée d'employer les moyens suivants : Pratiquer une ou d saignées copieuses ; faire garder le lit ; peser les aliments, de manière à dimin chaque jour leur quantité, et à finir par n'accorder que ce qui est absolument cessaire pour la conservation de la vie ; ne donner cette quantité qu'en trois quatre fois par jour, afin de n'introduire dans le sang qu'une petite portion substance nutritive, et de ne stimuler que médiocrement les vaisseaux. Si l'on v un exemple de la rigueur de ce traitement, on n'a qu'à lire une observation r portée par Morgagni, dans laquelle le malade était réduit à ne prendre le matin 250 grammes de bouillie, et le soir à peine la moitié de cette quantité, ne buv du reste qu'une quantité minime d'eau rendue mucilagineuse avec la colle de p son. On a vu des malades soumis à ce régime pouvoir à peine, au bout d'un cert temps, soulever leurs membres affaiblis. En même temps Albertini et Valsalva f saient parfois des applications froides sur la poitrine.

D'après Albertini, ce traitement aurait eu des résultats très heureux. Parmi sujets jeunes encore, lorsque la maladie n'était pas trop invétérée, il y en eut furent entièrement guéris et d'autres en grande partie. Chez les vieillards et lors la maladie est d'ancienne date, on parvient à arrêter les progrès du mal.

Certes, ce résultat serait très beau et devrait faire insister pour l'adoption de ce traitement, si plusieurs raisons ne venaient faire naître des doutes sur son efficacité. Rappelons d'abord ce grand point, qu'Albertini et Valsalva ne pouvaient pas, d l'état où était alors la science, porter un diagnostic sûr, et ensuite remarquons qu' ont indifféremment parlé de l'anévrysme de l'aorte et de l'hypertrophie du cœ On s'explique ainsi comment, dans les applications ultérieures de leur traitem on n'a point été aussi heureux, et comment Laennec lui-même, qui employait u médication semblable, n'a pas pu citer d'exemple bien authentique de guérison. Voici le traitement que ce dernier mettait en usage :

TRAITEMENT DE LAENNEC.

Ce traitement, dit l'auteur, doit être fait d'une manière énergique, surtout d les commencements, et, en cherchant à affaiblir le malade, il faut plus craindre

(1) *Comment. Bonon.*, t. I. — Valsalva, *Opera medica*. Venetiis, 1740, 2 vol. in-4°.

à deçà du but que de le dépasser. On commencera donc par des saignées pieuses que le malade les pourra supporter sans tomber en défaillance, et répétera tous les deux, quatre ou huit jours au plus tard, jusqu'à ce que les [...]s aient cessé et que le cœur ne donne plus au stéthoscope qu'une im- médiocre. On réduira en même temps, de moitié au moins, la quantité des s que le malade prenait ordinairement, et l'on diminuera même cette quan- conserve plus de forces musculaires qu'il n'en faut pour faire pas à pas une [...]de de quelques minutes dans un jardin. Chez un adulte vigoureux, nous [...]s ordinairement la quantité des aliments à quatorze onces par jour, dans [...]es les viandes blanches entrent seulement pour deux onces. Si le malade [...]ndre du bouillon ou du lait, nous comptons quatre onces de ce liquide pour viande. Le vin doit être interdit. Lorsque le malade a été à peu près pendant [...]ois sans éprouver de palpitations et sans présenter d'impulsion forte du cœur, t éloigner les saignées et diminuer quelque chose de la sévérité du régime, [...]tude n'a pu familiariser encore aucunement le malade avec elle. Mais il [...]enir aux mêmes moyens et avec une égale vigueur, si par la suite l'impul- [...] cœur augmente encore.

[...]e doit avoir confiance dans la guérison qu'au bout d'une année d'absence [...]e de tous les symptômes, et surtout de tous les signes physiques de l'hyper- [...]. Il faut craindre de se laisser tromper par le calme parfait qu'amènent quel- s très promptement la saignée et la diète, surtout lorsque l'on a commencé [...]ment à une époque où l'hypertrophie était déjà accompagnée de dyspnée [...]e, d'anasarque et d'autres symptômes qui faisaient craindre une mort pro- [...]e.

[...] traitement n'est employé dans toute sa rigueur par Laennec, que dans les cas [...] maladie n'a pas fait de progrès assez grands pour déterminer les infiltrations [...]es et un état de cachexie très marquée. Mais s'il en est ainsi, sans renoncer [...]ploi des saignées et de la diète, il a recours aux diurétiques, aux purgatifs et [...]tres moyens indiqués plus haut. Voyons maintenant quel est le traitement [...]é par Hope.

TRAITEMENT DE HOPE.

[...] traitement d'Albertini et de Valsalva doit être rejeté, parce que, tout en pro- [...]nt une amélioration momentanée, il tend à affaiblir considérablement le ma- [...]t à provoquer les infiltrations séreuses et la dyspnée. On se bornera à tirer [...]0 à 180 ou 230 grammes de sang toutes les deux, trois ou six semaines, sui- l'âge ou la force. S'il y a des symptômes cérébraux, on appliquera des ven- s scarifiées à la nuque; s'il existe une angine de poitrine, on placera les ven- s à la région précordiale. La diète ne sera pas la même aux diverses époques maladie : ainsi, dans les deux ou trois premiers mois, les aliments seront légers [...]mposés exclusivement de poissons blancs, de farineux et de végétaux, plus on pourra accorder de temps en temps quelques aliments du règne animal. les sujets très affaiblis, on devra tout d'abord donner une certaine proportion [...]nde; dans tous les cas, les repas devront être pris en petite quantité, et par- [...]ment réglés. Relativement aux boissons, Hope n'indique rien qui diffère des [...]riptions des autres auteurs. Les purgatifs sont prescrits principalement pour

favoriser l'action des saignées; viennent ensuite les diurétiques dans les cas d'hy-
dropisie; l'acétate de plomb calme le système sanguin, mais il ne peut être em-
ployé longtemps sans déterminer des troubles intestinaux. Quant aux
moyens indiqués par Hope, ils ne diffèrent pas de ceux que l'on met générale-
en usage.

M. Bouillaud n'a point fait subir de modifications très notables au trait-
ordinaire. Voici ce que l'on trouve de plus particulier dans l'article qu'il a con-
sacré à ce sujet (1).

### TRAITEMENT DE M. BOUILLAUD.

La méthode d'Albertini et de Valsalva ne doit être mise en usage que q-
l'hypertrophie est énorme; il est impossible d'indiquer d'une manière préci-
nombre et la quantité des saignées que l'on doit pratiquer. Chez un adulte
force moyenne, affecté d'une hypertrophie d'étendue également moyenne, trois
quatre saignées du bras, de 350 à 500 grammes, pourront être pratiquées d-
cours du traitement, et l'on y joindra une ou deux applications de ventouses s-
fiées sur la région précordiale, à la dose de 240 à 300 grammes de sang cha-
La digitale, sans être bannie du traitement interne, sera appliquée avec beau-
d'avantages par la méthode endermique. On placera un vésicatoire sur la ré-
précordiale, et chaque jour on recouvrira sa surface de poudre de digitale, à
*dose croissante de trente à soixante-quinze centigrammes;* enfin, le régime
le même que dans les traitements précédents.

On voit que dans ces traitements il n'y a rien de précis et de positif. Les au-
ont évidemment écrit sous des impressions plus ou moins générales, et quelq-
d'après leurs idées théoriques. C'est au praticien à choisir dans ces médica-
celle qui lui paraîtra la plus appropriée, en observant avec soin les effets des moy-
qu'il mettra en usage. Toutefois il faut remarquer cet accord des auteurs p-
l'utilité de la saignée, de la digitale et de la diète, qui sont les principaux moy-
dirigés contre l'hypertrophie.

Je pourrais maintenant exposer quelques autres traitements fondés sur des idé-
différentes : ainsi Corvisart, Kreysig, et les auteurs qui les ont précédés, avai-
grand soin de mettre en œuvre ce que l'on appelle la médecine des indications.
Dans ce traitement il faut rechercher s'il y a eu *suppression d'un flux*, afin de le
rappeler; s'informer s'il n'y aurait pas *répercussion d'une maladie cutanée*, afin
d'employer les moyens appropriés; rechercher l'existence des *vices scrofuleux*,
*arthritique*, de l'*infection vénérienne*, afin de les combattre. Mais s'il est vrai que
nous avons la plus grande difficulté à reconnaître l'existence de ces causes; si
l'existence même de plusieurs d'entre elles est très hypothétique; si l'expérience
n'a nullement prononcé sur la valeur de ces indications; s'il n'y a point de faits
concluants qui parlent en leur faveur, comment préconiser ces traitements fondés
sur de pures théories? Toutefois, si l'on trouvait à la maladie une cause évidente,
de violentes émotions, par exemple, ou si l'on avait quelque raison de croire que
la suppression d'un flux quelconque est pour quelque chose dans sa production,
on devrait fixer avec soin son attention sur ce point.

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841.

Quant à certains médicaments particuliers, comme le *sulfate de quinine*, les *mercuriaux*, etc., je ne crois pas devoir en parler, puisque je n'aurais rien de précis à en dire.

*Résumé*, *ordonnances*. — Il résulte des développements dans lesquels je viens d'entrer, que le traitement de l'hypertrophie du cœur est à peu près le même, sauf quelques différences dans l'énergie des moyens, dans les cas simples et dans les cas compliqués ; c'est pourquoi je me bornerai à donner un petit nombre d'ordonnances pour les cas principaux.

### Ire Ordonnance.

HYPERTROPHIE SIMPLE, CHEZ UN SUJET JEUNE ET VIGOUREUX, DONT LA CIRCULATION PRÉSENTE UNE GRANDE ACTIVITÉ.

1° Deux ou trois saignées de 3 à 400 grammes, à peu de jours d'intervalle.

2° Dans le cas de congestion locale, faire des applications de sangsues ou de ventouses scarifiées dans les points congestionnés.

3° Ne donner que des aliments très légers, du laitage, des végétaux, des poissons légers ; diminuer chaque jour la quantité de ces aliments, jusqu'à ce qu'on ait réduit le malade à une très grande faiblesse.

4° Séjour constant au lit.

5° De six à vingt gouttes de teinture éthérée de digitale, chaque jour, dans une potion ; ou bien de un à six granules de digitaline.

6° Lorsque, par la percussion et l'auscultation, on juge que le cœur est revenu à un état satisfaisant, augmenter graduellement, et avec beaucoup de réserve, la dose des aliments qui devront être donnés à chaque repas en très petite quantité.

### IIe Ordonnance.

HYPERTROPHIE AVEC DILATATION NOTABLE CHEZ UN SUJET ENCORE JEUNE ET VIGOUREUX.

1° Saignée modérée de temps en temps, lorsque la circulation devient embarrassée.

2° Régime léger, mais moins sévère que dans le cas précédent.

3° S'il y a congestion du foie, application de sangsues à l'anus.

4° Dans le cas d'œdème, administrer la potion suivante :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Oxymel colchique......... | 40 gram. | Eau distillée................. 150 gram. |
| Acétate d'ammoniaque..... | 10 gram. | |

Mêlez. Dose : une cuillerée toutes les deux heures.

### IIIe Ordonnance.

CHEZ UN SUJET FAIBLE, ÉPUISÉ, OU DANS LES CAS DE MALADIE ANCIENNE AVEC HYDROPISIE CONSIDÉRABLE.

1° Pour tisane :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Décoction de chiendent.. | 1000 gram. | Sirop des cinq racines.......... 65 gram. |
| Acétate de potasse...... | 2 gram. | |

A prendre par petites tasses.

2° Petites saignées de loin en loin, lorsque la circulation est très embarrassée.

3° Frictions sur la région précordiale et sur l'abdomen, avec la teinture éthérée de digitale, ou bien emploi de la digitale par la méthode endermique, suivant le précepte de M. Bouillaud (voy. p. 194).

4° Chaque jour une demi-bouteille ou une bouteille d'eau de Vichy.

5° Régime un peu moins rigoureux que dans les cas précédents.

Ces ordonnances suffisent pour le traitement de l'hypertrophie du cœur; il sera d'ailleurs facile au praticien d'y faire entrer les médicaments qui n'y ont pas trouvé place. Nous n'ajoutons pas que, dans le cas où l'hydropisie ascite aurait fait de grands progrès, on devrait pratiquer la *paracentèse*, car c'est là ce que tous les praticiens ne manquent point de faire.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; diurétiques, purgatifs, ferrugineux, eaux minérales; sédatifs, régime rigoureux; altérants; traitement d'Albertini et de Valsalva.

## ARTICLE VII.

### ATROPHIE DU CŒUR.

L'atrophie du cœur n'intéresse qu'à un degré médiocre le praticien. Nous ne possédons à ce sujet que des observations fort incomplètes, et dans lesquelles la petitesse plus ou moins marquée du cœur et la ténuité de ses divers tissus ont été seules convenablement décrites.

Kreysig rapporte un certain nombre de cas où le cœur avait un très petit volume. Ainsi chez des adultes, qui d'ailleurs ne présentaient pas un degré d'émaciation extrême, cet organe égalait à peine en grosseur celui des jeunes enfants. Cette atrophie était-elle congénitale? C'est ce qu'il est permis de penser. Le docteur Squibb (1) rapporte l'observation d'un homme robuste qui, après avoir éprouvé un refroidissement, ressentit du malaise, de la faiblesse et un sentiment de défaillance dans la région précordiale; le pouls était faible et intermittent. Trois semaines après, au moment où l'amendement était très notable, le malade périt subitement. A l'autopsie, on trouva une atrophie du cœur : les parois des oreillettes étaient si amincies, qu'il fallut prendre de très grandes précautions pour ne pas les déchirer. On a cité un assez bon nombre d'autres exemples d'atrophie du cœur qui doivent être regardés comme de simples amaigrissements; car on les trouve chez les sujets affectés d'une maladie chronique ancienne et fortement émaciés.

D'après le docteur Watson (2) il y a deux formes d'atrophie : l'une dans laquelle l'organe diminue de volume; l'autre, mal connue, dans laquelle le muscle subit une dégénérescence graisseuse.

Suivant M. Paget (3), le cœur conserve sa forme; mais il y a de l'empâtement, il manque d'élasticité et de consistance. On dirait qu'il y a un commencement de

(1) *Gazette médicale de Montpellier*, 15 octobre 1851.
(2) *The Institute*, décembre 1850, et *Union médicale*, 23 octobre 1851.
(3) *Ibid.*

décomposition, sans que l'organe ait été atteint de rigidité cadavérique. Ni sa surface, ni son intérieur, n'offrent cette couleur rouge brun d'un cœur sain qui ressemble à un muscle puissant de la vie animale. Dans l'atrophie, le cœur est d'un brun sale, moins foncé; il offre çà et là des taches irrégulières et d'un fauve pâle.

Cette affection a-t-elle quelques signes qui la fassent reconnaître? D'après M. Bouillaud, ces signes sont : l'absence ou la très petite étendue de la matité à la région précordiale, la petite étendue des battements du cœur, la faiblesse des bruits et des chocs, enfin la petitesse du pouls, ou au moins sa mollesse et sa faiblesse. Dans les cas cités par Kreysig, il y avait, au contraire, des palpitations assez fortes sur lesquelles cet auteur a insisté. Ces différences ne tiennent-elles pas à la distinction établie plus haut, c'est-à-dire à ce que, chez les sujets observés par Kreysig, la maladie était congénitale, tandis qu'elle était accidentelle dans les cas indiqués par M. Bouillaud? Mais nous n'insisterons pas davantage sur une lésion qui ne nous offre aucune application pratique importante.

## ARTICLE VIII.

### DÉGÉNÉRESCENCES DU COEUR.

Les diverses lésions de ce genre n'offrent guère, plus que la précédente, d'intérêt bien grand pour le praticien, et pour le même motif, nous glisserons très rapidement sur leur description.

#### § I. — Dégénérescence graisseuse du cœur.

On trouve assez fréquemment le cœur non-seulement environné, mais encore pénétré d'une quantité plus ou moins considérable de graisse. La couche musculaire paraît amincie, et quelquefois d'une manière très remarquable. M. Bizot a rencontré assez souvent l'état graisseux du cœur, mais bien plus rarement chez l'homme que chez la femme. Cet état est surtout remarquable chez les phthisiques, et coïncide, ainsi que l'a dit M. Louis (1), avec l'état gras du foie. Laennec a trouvé cette infiltration graisseuse chez des sujets morts de diverses maladies; mais il n'a jamais observé, non plus que Corvisart, aucun symptôme qui pût être rapporté à cette lésion. Cependant M. Cruveilhier pense que la dégénérescence graisseuse peut être la cause de la rupture du cœur; un cas observé par M. Grateloup vient seul à l'appui de cette manière de voir, qui par conséquent a besoin de nouvelles preuves. N'insistons donc pas sur une lésion qui n'a jusqu'à présent d'intérêt que sous le point de vue de l'anatomie pathologique.

#### § II. — Induration cartilagineuse ou osseuse du tissu propre du cœur.

Cette lésion est beaucoup plus rare que la précédente. J. Frank, sous le nom de *lithiasis du cœur*, a décrit en même temps l'ossification des membranes qui entrent dans la composition de cet organe et celle de son tissu propre. Laennec n'a jamais rencontré cette dernière; mais d'autres auteurs en ont cité des exemples

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2ᵉ édit. Paris, 1843, art. Cœur.

très remarquables. On les trouve rapportés dans tous les auteurs qui s occupés des maladies du cœur : Haller, Burns, Kreysig, Bertin, Ren Broussais, ont trouvé des cœurs ossifiés ou cartilagineux dans une grande ét Cette induration se rencontre plus souvent dans les ventricules que dans le lettes. Elle se montre plus fréquemment chez les vieillards que chez les sujets, ce qui doit nous faire admettre que dans un bon nombre de cas le résultat des progrès de l'âge. Mais c'en est assez sur cette lésion dont constaté l'existence qu'après la mort.

### § III. — Tubercules du cœur.

Les tubercules du cœur sont fort rares. M. Louis, qui a poussé les invest si loin à ce sujet, n'en a rencontré aucun exemple. Laennec n'en a vu qu' petit nombre de cas, auxquels le docteur Towsend (1) et M. Saussier (2) so en joindre de très intéressants. Enfin, M. Aran (3) en a mentionné dans moire important, dans lequel il a réuni les faits les plus authentiques des dégénérescences des oreillettes. Mais comme on n'a trouvé absolument auc ptôme qui se rapportât à cette lésion, nous passerons outre.

### § IV. — Cancer du cœur.

Ce n'est guère encore que sous le rapport de l'anatomie pathologique cancer du cœur a été étudié. Il était, en effet, impossible, dans les divers ont été rapportés depuis le docteur Carcassonne (4) jusqu'aux auteurs d'assigner quelques symptômes particuliers à cette espèce de dégénérescen un bon nombre de ces cas, les malades ayant succombé à des maladies to étrangères, on ne s'était pas même douté de l'existence de l'affection d Dans les autres, il y avait eu quelques symptômes du côté de cet organe, n ne les distinguait de ceux de toute autre affection ayant le même siége, e remarquable, dans aucun il n'est question des douleurs particulières c observe souvent dans le cancer.

On ne connaît qu'un petit nombre d'exemples de cancer de l'endoca principaux sont dus à MM. Rokitansky (5), Cruveilhier (6), Sims (7), P Hewett (8), et Latham-Ormerod (9).

Les signes en sont très obscurs. Dans le cas cité par M. Latham-Orme avait un murmure systolique presque musical à la pointe du cœur ; un souffle doux sur le trajet de l'aorte et de l'artère pulmonaire; propagat bruits du cœur jusque sous les clavicules; absence presque complète du m

(1) *Journal des sciences chim. et méd. de Dublin*, 1833.
(2) Thèse de Paris, 1834.
(3) *Recherches sur les tumeurs et les dégénér. du cœur* (*Archives de médecine*, 1846, t. XI, p. 172, 274).
(4) *Mémoires de la Société de médecine*. Paris, 1777-78, pag. 252.
(5) *Handbuch der pathologischen Anatomie*, 2e édit. Vienne, t. II, 1860.
(6) *Anatomie pathologique du corps humain*, in-fol. avec pl. color.
(7) *Med.-chir. Trans.*, t. XVIII.
(8) *London medical Gazette*, t. XXXVIII.
(9) *Med.-chir. Transactions*. London, t. XXXI, 1847.

ous la clavicule gauche ; une tumeur molle, sensible à la pression, et
sante, à l'épigastre. Le cancer occupait le ventricule droit, à l'inté-
il formait plusieurs tumeurs. Il y avait des tumeurs cancéreuses dans
es du corps.
les diverses dégénérescences dont il importait de dire un mot ; car il
de parler de quelques autres lésions, telles que les *kystes séreux*
ou *hydatiques*.

## ARTICLE IX.

### [COMMUNICATI]ON DES CAVITÉS DROITES ET DES CAVITÉS GAUCHES DU COEUR.

lésion dont il s'agit ait donné lieu à des recherches et à des publi-
nportantes, nous ne nous arrêterons pas longuement sur sa descrip-
u'elle n'a qu'un intérêt pratique limité, et que, sous le rapport du
rtout, nous n'avons sur elle que des données peu précises et peu
Depuis Morgagni, qui a présenté l'histoire très intéressante d'une
énitale chez une jeune fille (1), jusqu'à MM. Louis (2) et Bouillaud,
les observations nouvelles et analysé les anciennes, on s'est beaucoup
sujet. M. Gintrac (3) a donné une histoire particulière de cette
t il a rassemblé un nombre considérable de cas ; et récemment
dans une thèse intéressante que nous aurons occasion de citer, en a
rès remarquable. Mais il ne faut pas croire que la connaissance de la
ouvelle; car Senac, et avant lui quelques auteurs, avaient déjà cher-
er la coloration bleue de la peau à la communication anormale des
ur. Dans la description qui va suivre, nous nous attacherons à ne
ce qui peut avoir quelque importance pour la pratique.

#### § I. — Définition, fréquence.

ait réuni un assez grand nombre de cas de cette communication
cavités du cœur, on ne peut pas dire que cette lésion soit très fré-
400 sujets ouverts dans l'espace de quatre ans et demi, M. Louis ne
eux fois. On la trouve désignée, dans plusieurs auteurs, sous les noms
*yanose cardiaque*, *maladie bleue*.

#### § II. — Causes.

ns pas de renseignements très précis sur toutes les causes qui peuvent
cette communication anormale; il en est une cependant qui est
tout le monde : *un vice de conformation* primitif, congénital.
r l'analyse des faits qu'il a observés et de ceux qu'il a empruntés aux
montré, en effet, que dans presque tous les cas, si ce n'est dans tous,
isposition particulière, existant depuis la naissance, qu'on doit attri-

*us et causis morborum*, epist. XVII, 12.
*nat.-path. : Mém. sur les communications des cavités droites et gauches du*

*t. rech. sur la cyanose, ou maladie bleue*. Paris, 1824.

buer ces ouvertures anormales. On a cité des cas où une *violence extérieure*, des *efforts considérables* ont coïncidé avec l'apparition de la maladie, et l'on en a conclu que ces violences devaient être considérées comme une cause évidente. Mais il s'élève de très grands doutes sur l'exactitude de cette manière de voir, qui n'est point appuyée sur des faits positifs.

Une *altération* du tissu du cœur qui forme la cloison des oreillettes et des ventricules, un *ramollissement*, et en particulier un ramollissement inflammatoire, peuvent-ils donner lieu à une rupture partielle qui fasse communiquer entre elles les cavités droites et les cavités gauches? On conçoit la possibilité du fait, mais on n'a point d'observations bien authentiques qui en démontrent la réalité. Nous devons donc reconnaître, avec M. Louis, que les cas de ce genre sont au moins très rares. Nous laissons de côté quelques autres causes indiquées par les auteurs, parce qu'elles n'ont en leur faveur aucune preuve solide.

### § III. — Symptômes.

L'appréciation des symptômes attribués à cette lésion a donné lieu à des discussions nombreuses.

*Début.* — Nous avons vu plus haut que, dans quelques cas, le début pouvait paraître subit. Mais après la lecture des observations, on se demande s'il n'y aurait pas eu dans ces cas une simple exagération de quelques symptômes déjà existants; car le plus souvent les premiers signes de l'affection, qui se manifestent ordinairement à une époque assez éloignée de la naissance, n'attirent l'attention que d'une manière très passagère. Quelquefois c'est à la naissance même que ces signes se produisent.

*Symptômes.* — Maintenant quels sont les symptômes de la maladie confirmée? Le premier de tous, celui qui a soulevé le plus de discussions, est la *cyanose* ou *coloration bleue de la peau;* mais cette cyanose tient-elle à la communication anormale des cavités du cœur ou à d'autres lésions? Voilà ce qu'il s'agit d'examiner. Nous voyons d'abord que ce signe se montre principalement dans les cas où, avec cette communication, il existe un rétrécissement notable de l'artère pulmonaire. M. Louis a insisté sur ce fait très important, qu'il a noté dans la majorité des cas; mais déjà Morgagni avait eu soin de faire remarquer ce rétrécissement de l'orifice pulmonaire, qui existait à un haut degré chez la jeune fille soumise à son observation.

Dans les cas de cyanose due à une affection du cœur et sans rétrécissement de l'orifice pulmonaire, on trouve d'autres lésions des orifices qui causent également, ainsi que nous l'avons vu plus haut, la stase du sang veineux; tandis qu'au contraire, dans presque tous ceux où les orifices sont restés libres, on n'a pas trouvé de cyanose. Voilà déjà un motif sérieux de douter que la coloration bleue de la peau soit due, comme l'ont pensé plusieurs observateurs, et en particulier M. Gintrac, au mélange des deux sangs à travers l'ouverture anormale. Mais il y a bien d'autres objections à adresser à cette manière de voir. D'abord il est bien loin d'être démontré que si l'équilibre est conservé dans la force de contraction des cavités droites et des cavités gauches, le sang puisse pénétrer d'une cavité dans l'autre. Il faut pour cela, comme l'ont fait remarquer MM. J. Cloquet, Louis, etc.,

que cet équilibre soit rompu, ou par la puissance même des parois d'une des deux cavités, ou par suite d'un rétrécissement d'un orifice qui forme un obstacle contre lequel la contraction d'une des deux cavités est obligée de lutter puissamment. En second lieu, on a remarqué que la coloration livide ne survenait souvent qu'à une époque plus ou moins avancée de l'existence, quoique la communication anormale fût congénitale; et enfin tout le monde a été frappé de cette réflexion de Fouquier, que chez le fœtus, dans les vaisseaux duquel il ne circule que du sang noir, la peau n'est pas colorée en bleu. Nous ajouterons à l'appui de cette opinion un exemple que nous avons observé à l'hospice des Enfants trouvés (1). Nous trouvâmes chez un enfant une si large communication des ventricules et des oreillettes, qu'il n'y avait qu'un rudiment très faible de la cloison. Le mélange des deux sangs était donc nécessaire. Or cet enfant avait vécu plusieurs jours, non-seulement sans présenter la couleur bleue de la peau, mais encore en passant par les diverses colorations qu'on observe chez l'enfant naissant. Ainsi les téguments, après avoir été d'un rouge assez forcé, prirent une teinte légèrement jaunâtre, et finirent par devenir rosés, comme chez les autres enfants. Ne sait-on pas d'ailleurs que, dans les autres maladies du cœur et dans la période de froid des fièvres intermittentes, on voit apparaître cette couleur bleue, par le seul fait de la stase du sang veineux?

Il résulte de ces considérations que la cyanose ne peut point être regardée comme l'expression symptomatique de la lésion dont il s'agit, et, de plus, qu'elle ne constitue pas une maladie particulière, mais un symptôme commun à plusieurs affections, et seulement plus ou moins fréquent dans chacune d'elles.

C'est principalement à la face, aux lèvres, aux paupières, aux lobules des oreilles, au nez et aux extrémités, que se remarque cette coloration bleue. Quelquefois elle s'est montrée d'une manière remarquable aux parties génitales.

Je me suis servi du mot *coloration bleue*, parce que assez généralement c'est la teinte que présentent les tissus; mais, chez un certain nombre de sujets, la peau est plutôt violette, livide, sombre, ou même noirâtre. M. Gintrac en a rapporté des exemples très variés. De plus, il a noté les circonstances qui donnent plus d'intensité à cette coloration : ce sont les divers efforts, la toux, la marche, les variations de température, les accès de suffocation, etc.

Les *syncopes* constituent un symptôme fréquent de la lésion dont il s'agit. M. Louis les a notées cinq fois sur sept cas de communication avec rétrécissement, et quatre fois sur un pareil nombre de cas de perforation sans rétrécissement. Ces lipothymies sont quelquefois effrayantes par leur durée; souvent même elles sont précédées de menaces de suffocation, et M. Louis a vu un enfant chez lequel, à chaque accès, la mort semblait imminente.

La *dyspnée* est un symptôme plus fréquent encore, car on l'observe chez presque tous les sujets, qu'il y ait ou non rétrécissement des orifices. On a prétendu, il est vrai, que cette dyspnée manquait dans un plus grand nombre de cas que ne l'avaient pensé Laennec et M. Louis; mais l'exactitude de cette assertion n'a pas été prouvée par les faits, et si on l'a avancée, c'est que l'on a fait entrer dans l'énumération des cas de cyanose qui n'appartenaient pas réellement à la lésion du cœur

(1) *Observ. de transp.*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1835, 2e série, t. VIII, p. 78).

dont nous traitons. Toutefois la dyspnée n'a point par elle-même une val solue; mais nous verrons, à l'article du diagnostic, qu'elle en a une très lorsqu'elle vient se joindre à quelques autres phénomènes.

Parmi les symptômes importants, on a noté, et le docteur Caillot (1) a insisté sur ce point, une *sensibilité marquée au froid*. Mais M. Louis ne contrée que quatre fois, et seulement pendant les accès de suffocation. C tout lorsque la circulation est très gênée, lorsque la stase du sang est tr dérable, et que les fonctions sont engourdies, qu'on observe cette s au froid.

Tels sont les principaux symptômes attribués à la communication anor cavités du cœur; mais il en est d'autres qui, sans avoir autant d'imp méritent d'être signalés. Si l'on examine la région précordiale, on trouve une *matité* plus étendue qu'à l'état normal, ce qui tient à l'hypertrophie a tation du ventricule pulmonaire, dans la plupart des cas. En outre, on ob *palpitations* plus ou moins violentes, avec impulsion forte en rapport avec trophie.

On a généralement négligé l'examen du cœur sous le rapport des bruits ou anormaux. Dans quelques observations, on se contente de dire que l ments sont tumultueux; mais du reste presque rien sur le timbre et la na bruits. On n'a, ainsi que l'a constaté M. Louis, signalé que bien rarement *de souffle* ou un *frémissement* à la région précordiale; mais, les eût-on sign souvent, ces renseignements n'auraient pas été d'une utilité extrême, si l'o eû soin d'indiquer le moment précis où le bruit se serait produit. Aus mentionner ici particulièrement l'observation recueillie par M. Deguise (2) laquelle les signes stéthoscopiques sont notés avec précision. On entendit *de souffle* qui parut d'abord se prolonger dans l'aorte; mais M. Bouley, e attentivement le malade, reconnut que le bruit anormal se dirigeait de gauche en suivant le trajet de l'artère pulmonaire : signe important, qui fit tiquer le rétrécissement de cette artère.

M. Gintrac avance que le *pouls* est petit, irrégulier, intermittent et sou quent; mais l'analyse des observations a encore prouvé que cette asser trop générale, et que ces caractères du pouls ne s'observent que dans un limité de cas.

Les *hémorrhagies* sont assez fréquentes chez les malades affectés de pe des cloisons du cœur; mais le sont-elles plus que dans les autres maladi organe où il y a également une stase considérable du sang? C'est ce que le nous permettent pas de décider.

Restent enfin des symptômes très variables : ainsi diverses douleur principalement leur siége dans la tête; la faiblesse générale; la difficulté q vent les sujets à se livrer aux divers exercices du corps, etc.; mais ces sy n'ont qu'une importance très secondaire. Au reste, sauf la respiration culation, les autres fonctions ne sont généralement pas troublées d'une ma notable.

(1) *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, année 1807.
(2) *De la cyanose cardiaque*, etc., thèse. Paris, 1843.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la très grande majorité des cas observés par M. Louis, la *marche* de la maladie n'a pas différé sensiblement de celle de l'anévrysme du cœur, c'est-à-dire de la plupart des affections précédemment décrites. Dans quelques cas, au contraire, les symptômes d'une affection du cœur n'ont paru que peu de temps avant la mort. Ceci doit s'appliquer sans doute aux symptômes les plus apparents, et en particulier aux palpitations violentes; car, avec les moyens de diagnostic que nous possédons aujourd'hui, il est probable que, dans la plupart des cas, on aurait reconnu que le cœur était affecté d'une maladie organique.

*Accès de suffocation.* — Nous avons déjà dit qu'il y avait plus ou moins fréquemment des suffocations, souvent suivies de lipothymies. M. Gintrac a fort bien décrit ces *accès*, qui quelquefois ont une très longue durée, et dont il est le plus souvent impossible de reconnaître la cause. Ils sont caractérisés par les signes suivants : sensation de suffocation, contraction convulsive des muscles inspirateurs, battements du cœur irréguliers, pouls faible, intermittent; parfois lividité de la peau actuellement produite, ou augmentant si elle existait; sensation de froid; sueurs froides; quelquefois excrétions involontaires, et enfin lipothymies. Ces symptômes n'existent pas toujours réunis dans les accès, mais on en observe ordinairement le plus grand nombre. On a vu plusieurs de ces accès se succéder à de courts intervalles pendant des heures entières. Dans un cas, nous les avons vus survenir à la moindre émotion morale. Ils s'annoncent généralement par des symptômes nerveux semblables à ceux qu'on observe dans les cas d'accès ordinaires de suffocation ou de diverses névroses.

La *durée* de l'affection est très variable. Suivant M. Louis, le prolongement de l'existence n'est proportionné ni à celui des symptômes ni à l'altération présumée du sang. On peut néanmoins dire d'une manière générale que cette affection a une marche très chronique, car on a vu arriver jusqu'à la vieillesse des sujets qui évidemment depuis longtemps avaient une communication anormale des cavités du cœur.

La *terminaison* est-elle toujours fatale? Les sujets dont nous venons de parler ont succombé dans leur vieillesse à des maladies tout à fait étrangères à la lésion du cœur; mais, dans le plus grand nombre de cas, la vie est évidemment abrégée par cette affection, et après avoir mené une existence plus ou moins pénible, les sujets finissent par présenter une stase veineuse de plus en plus considérable, et par succomber dans un véritable état d'asphyxie lente.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* sont variables chez les divers sujets. M. Deguise (*loc. cit.*) nous a donné, à ce sujet, un bon résumé des observations publiées. La communication des cavités droites et des cavités gauches du cœur est causée le plus souvent par la persistance du trou de Botal. Cette persistance du trou de Botal est fréquente, puisque M. Bizot l'a trouvée 11 fois sur 34 sujets âgés d'un à quinze ans, 18 fois sur 58 sujets âgés de quinze à trente-neuf ans, et 14 fois chez 63 sujets âgés de quarante à quatre-vingt-neuf ans. Si l'on examine comparativement les

observations dans lesquelles on a noté quelques symptômes qu'on pût r
la persistance du trou de Botal et ceux où l'on n'a pas soupçonné la lési
la vie, on voit que la proportion des premiers est infiniment moins consi
ce fait vient encore à l'appui de ce qui a été dit plus haut sur la possib
normal et régulier du cœur avec conservation de cette ouverture fœt
donc d'autres conditions organiques pour que cette permanence du tr
devienne réellement morbide.

D'autres fois c'est à travers la cloison interventriculaire, et à une haute
qu'on trouve un orifice à bords arrondis, plus ou moins épais, lisse
fibreux. Dans la quinzième observation de M. Louis, l'ouverture pratiqu
cloisons, au lieu d'avoir un pourtour lisse et arrondi, offrait des frange
neuses, jaunâtres, irrégulières, en un mot des conditions suffisantes
regarder la communication comme accidentelle. MM. les docteurs Bertod
ont rapporté chacun un cas de cyanose par communication des ventri
l'un d'eux, dont le sujet était une jeune fille de vingt et un ans, la com
des ventricules existait seule. Dans l'autre (chez une jeune fille de dou
oreillettes communiquaient entre elles, et de plus il y avait un rétrécisse
dérable de l'artère pulmonaire.

Cette dernière complication, si favorable à la cyanose, n'est pas tr
docteur Crisp (2) a cité deux cas de cyanose, dont l'un, chez une fill
ans, morte rapidement d'asphyxie, avait pour principale lésion la com
des deux ventricules par un trou admettant le petit doigt, avec *absen
de l'artère pulmonaire*, et l'autre chez un enfant de six semaines, *che
quait aussi l'artère pulmonaire* (3).

La persistance du canal artériel, coïncidant avec la permanence du tro
semble rendre encore plus facile le mélange des deux espèces de sangs. I
deux fois dans les vingt observations rassemblées par M. Louis. Enfin,
trophie plus ou moins considérable, avec rétrécissement des orifices, et
ment de l'orifice pulmonaire, la dilatation des cavités, les altérations d
brane interne du cœur, sont des lésions qui se rencontrent en même te
précédente, et qui ajoutent beaucoup à sa gravité. Un fait qu'il ne faut
passer inaperçu, et qui a été déjà signalé par M. Bizot, c'est la fréquen
rations de la membrane interne des cavités droites du cœur, altérations
naturellement porté à attribuer au passage du sang artériel dans les cavi
si les objections précédemment indiquées ne venaient jeter quelque dou
manière de voir. Dans presque tous les cas, en effet, le passage du sang a
les cavités droites paraît plus difficile que le passage du sang veineux dan
gauches.

Il faut ajouter que parfois ces lésions ne produisent pas de cyanose.
docteur Mayne (4) a vu chez une femme morte à vingt-neuf ans le tro
sistant, avec un rétrécissement des orifices aortique et mitral si consid

(1) Voy. *Archives gén. de méd.*, 4e série, 1848, t. XVI, p. 375.
(2) *London medical Gazette*, avril 1847.
(3) Voy. *Archives gén. de méd.*, 4e série, 1848, t. XVI, p. 87.
(4) *Dublin quarterly Journal*, février 1848.

artériel recevait très peu de sang rouge, et chez laquelle *il n'y avait pas* ...e.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

...*gnostic* de cette lésion présente très fréquemment de grandes difficultés. ...ons vu que les principaux symptômes manquent souvent ; on conçoit donc ...ent qu'il y ait des cas fort douteux. M. Louis (*loc. cit.*) a résumé ainsi le ...stic de cette affection : « Le seul symptôme qui puisse annoncer d'une ma- ...ère la communication dont il s'agit, est une suffocation plus ou moins con- ...ble qui revient par accès, souvent périodiques et toujours très fréquents, ...pagnés ou suivis de lipothymies avec ou sans coloration bleue de tout le corps, ...oquée par les moindres causes. » On a élevé quelques objections contre ce ...stic ; mais bien que, suivant M. Louis lui-même, il n'ait pas une certitude ...e, il faut reconnaître que les causes d'erreur sont bien peu considérables, ...ne serait que dans des cas très exceptionnels, et dont on ne connaît guère ...ples, que ces symptômes pourraient avoir lieu sans être liés à une commu- ...n anormale des cavités du cœur. Suivant M. Bouillaud, « la coexistence d'un ...ement cataire et d'un bruit de souffle dans la région précordiale ajouterait ...p à la valeur des signes précédents (ceux qui ont été indiqués par M. Louis), ...t le bruit de souffle et le frémissement cataire étaient permanents et non ...pagnés de collections séreuses passives. » La communication des cavités ...s et gauches du cœur est si souvent accompagnée d'autres lésions de cet or- ..., et le bruit de souffle, ainsi que le frémissement cataire, appartiennent à tant ...res affections, que cette assertion de M. Bouillaud aurait besoin de preuves. ... aux autres symptômes, ils n'ont qu'une valeur secondaire ; cependant ils ...t être d'une grande utilité pour le diagnostic, quand ils viennent se joindre ... syncopes : si, par exemple, outre les syncopes et les lipothymies, on observe ... palpitations permanentes, la sensibilité au froid, la cyanose, etc., on ne pourra ... conserver de doutes sur la nature de la maladie.

Avec quelle autre affection, en effet, pourrait-on la confondre ? Les divers *rétré-...ments* peuvent donner lieu, ainsi que nous l'avons vu, à une stase du sang, ...ù résulte la coloration bleuâtre de la face ; mais ils ne produisent pas ces syn-...pes fréquemment renouvelées, occasionnées par la cause la plus légère, et remar-...bles dans beaucoup de cas de cyanose. Il est très probable que cela tient à la ...eté des rétrécissements extrêmes de l'artère pulmonaire, sans communication ...rmale des cavités du cœur. Tout porte à croire, en effet, que la dyspnée, les ...ncopes, la lipothymie, sont dues principalement à l'insuffisance de la circulation ...lmonaire. Toutefois c'est un fait qui ne pourra être mis hors de doute que lors-...e l'on aura étudié avec soin le rétrécissement de l'artère pulmonaire dans tous les ...s où il se présente.

On a cité comme méritant un diagnostic particulier : l'*ictère noir*, formé par la ...tière pigmenteuse en surabondance dans la peau ; la *coloration* causée par l'*em-ploi du nitrate d'argent ;* celle du *choléra ;* les *taches bleues scorbutiques*, etc. Mais : 1° la cyanose due à la stase sanguine diffère trop de celles qui viennent d'être indiquées, pour occasionner une méprise ; et 2° ce n'est point par cette coloration même qu'on juge de l'existence de la lésion dont il s'agit, puisqu'on la voit man-quer dans des cas bien déterminés.

*Pronostic.* — D'après ce que nous avons dit plus haut, le pronostic de la ladie est grave ; cependant sa gravité est très variable. Nous avons vu en eff dans certains cas, les malades pouvaient espérer une existence prolongée. L quence des syncopes, la difficulté de la respiration, la faiblesse de la circul congestion veineuse, en un mot la réunion d'un grand nombre de symptôm violence des accès, annoncent ordinairement une mort prochaine.

### § VII. — Traitement.

D'après la description précédente, nous ne devons pas nous attendre à un t ment bien efficace ; mais les divers symptômes pouvant être avantageusemen difiés par plusieurs moyens, quelques détails ne seront pas inutiles.

*Émissions sanguines.* — La congestion veineuse, qui existe si souvent cette maladie, a naturellement engagé les médecins à recourir à la *saignée*. certain que dans plusieurs cas, dont les principaux sont cités par M. Gint saignée a réussi à amender momentanément les symptômes : mais la cause r toujours la même, les accidents ne tardent pas à se reproduire, et l'on est de recourir encore au même moyen. Si les paroxysmes sont fréquents, et congestion veineuse se reproduit très rapidement, il y aurait des inconvéni insister sur la saignée chez des sujets ordinairement affaiblis ; le médecin donc, d'après l'état du malade, en diriger l'emploi de manière à pouvoir to y avoir recours lorsque les accidents deviendront trop graves. Les *sangsues* moins fréquemment mises en usage ; cependant lorsque le foie est très congesti on ne doit pas hésiter à en appliquer un nombre assez considérable à l'anus, où elles produisent avec le plus de facilité le dégorgement. Chez les enfants dessous de huit ou neuf ans, c'est le moyen que l'on emploie de préférence. Q aux *ventouses scarifiées*, etc., elles ne trouvent leur place que dans les cas de gestion locale.

*Narcotiques.* — Quoique la gêne de la respiration dépende plus particuli ment, dans cette affection, de l'embarras de la circulation pulmonaire, on em souvent avec avantage les médicaments propres à rétablir le calme dans cette fon tion. L'*opium*, le *datura stramonium*, la *belladone*, la *jusquiame*, remplissent bien cette indication ; mais nous n'entrerons pas à ce sujet dans de plus gra détails, attendu que l'administration de ces médicaments est la même que dans autres accès de suffocation précédemment décrits (1).

*Antispasmodiques.* — C'est dans le même but qu'on a administré les antispas diques, parmi lesquels le *camphre* et l'*asa fœtida* tiennent la première place, sur lesquels, pour le même motif, nous n'insisterons pas. Il est cependant un m cament dont il importe de dire un mot : c'est l'*eau distillée de laurier-cerise* conisée par Burns. On l'administre dans une potion de la manière suivante :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Infusion de tilleul .......... | 120 gram. | Sirop de fleur d'oranger ....... 30 gram |
| Eau dist. de laurier-cerise. | 10 à 20 gouttes. | |

Mêlez. A prendre par cuillerées dans la journée.

(1) Voy. articles *Laryngite*, *Bronchite*, etc.

...ne doit pas oublier que l'administration de ce médicament peut offrir quel...
...nger chez les jeunes enfants, et, par conséquent, on ne le prescrira qu'avec
...pection, surtout en l'absence de faits parfaitement concluants en faveur de
...cacité.

...rétiques. — L'emploi de ces moyens dans une maladie de longue durée ne ... être ordinairement prolongé assez longtemps et avec assez de persévérance. ... lorsqu'à la congestion veineuse viennent se joindre des infiltrations diverses ... les met en usage, mais sans que la manière dont on les emploie diffère de ... qui a été indiquée plus haut.

...dicaments divers. — La stase du sang veineux et les inconvénients qui en ré... pour les organes baignés de ce liquide non artérialisé sont des motifs qui ...gagé à agir plus ou moins directement sur le sang lui-même. Ainsi on a fait ...rer au malade un air chargé d'une plus grande quantité d'*oxygène* que l'air ...phérique ; on a cherché à rendre la respiration plus énergique en prescrivant ...*ercice* plus ou moins violent, en faisant pousser des cris, exercer de grands ...ments, etc. Les *bains d'air comprimé* employés dans d'autres affections ...ient trouver ici leur application ; mais outre qu'en agissant ainsi sur un ...mène, sans détruire sa cause, on ne peut tout au plus produire qu'une amé...tion momentanée, on sent que dans un bon nombre de cas cette pratique ...rait avoir des inconvénients, et d'ailleurs ces indications sont fondées plutôt ... vues théoriques que sur l'expérience. Le médecin devra donc être très ...vé dans l'administration des moyens qui viennent d'être indiqués.

...s *frictions sèches* ou *balsamiques*, faites habituellement sur la surface du ..., des *pédiluves* et des *manuluves chauds* ou rendus *excitants* par l'addition ...sel, de la moutarde, etc., sont aussi recommandés.

Lorsqu'on s'aperçoit qu'un enfant, peu de temps après la naissance, présente des ...es de congestion veineuse, voici comment il faut agir suivant M. Gintrac : on ... fait respirer un air pur ; on pratique sur son corps des frictions chaudes et aro...tiques, et on l'entoure de vêtements chauds. Mais les cas dans lesquels on peut ...ndre ainsi la maladie au début sont rares, et bien plus rares encore sont ceux ..., d'après M. Thiébault, on aurait à laisser s'écouler une certaine quantité de sang ...r le cordon ombilical.

Le *régime* doit être ordinairement corroborant, sans toutefois être trop excitant. Les malades doivent faire un exercice modéré au grand air, et surtout ce que l'on appelle un *exercice passif*, c'est-à-dire de petites promenades à cheval ou en voiture, en évitant les courses trop précipitées.

Tels sont les moyens généralement employés. On a, en outre, indiqué *la conduite à suivre dans les accès de suffocation*, les lipothymies, les syncopes. Mais c'est pour ainsi dire à l'ensemble de ces moyens qu'il faut avoir recours. Les pédiluves et les manuluves irritants, les frictions excitantes sur la surface du corps, et en particulier à la région précordiale, l'ingestion de l'eau froide dans l'estomac ou dans le rectum, les affusions froides, ont réussi dans plusieurs cas à rendre les accès moins prolongés. Quant à la saignée, elle n'est employée par les praticiens que dans les cas extrêmes, et suivant les auteurs, elle peut alors mettre rapidement un terme à un accès effrayant, ou au contraire déterminer la mort subite. Mais on se demande si ce dernier fait est bien démontré, quand on considère qu'en l'ab-

sence de toute émission sanguine, la mort, dans plusieurs cas, a eu lieu subi dans un accès.

*Résumé, ordonnances.* — On vient de voir que les émissions sanguines, cotiques, les dérivatifs, forment la base du traitement. Il est facile, après le qui précèdent, de formuler des ordonnances appropriées; par conséquent nous bornerons à présenter la suivante :

**Ordonnance.**

POUR UN ADULTE DANS UN CAS DE CONGESTION CONSIDÉRABLE ET DE SUFFOCATION FRÉQ

1° Pour tisane, infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de fleur d'ora

2° Prendre tous les soirs une pilule de 3 à 5 centigrammes d'extrait go d'opium ou de datura stramonium.

3° Quand les accès de suffocation deviennent trop violents et la congest considérable, une saignée de 200 à 350 grammes.

4° Dans les cas de congestion considérable du foie, de huit à quinze à l'anus.

5° Frictions sèches ou aromatiques sur la surface du corps, et princip à la région précordiale.

6° Pédiluves et manuluves irritants, le matin.

7° Aliments en petite quantité et nourrissants. S'abstenir de vin pur queurs alcooliques; exercice modéré.

*Chez les enfants* très jeunes, on aura recours à la même prescription ment la saignée sera remplacée par trois, quatre ou six sangsues à l'anus. est le plus favorable pour cette application.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, antispasmodiques, narcotiques, révulsifs, diuré soins hygiéniques.

## ARTICLE X.

### ASYSTOLIE.

[Il nous paraît indispensable de donner, comme complément de l'histo maladies du cœur, l'analyse d'un des plus remarquables travaux de M. I l'état qu'il désigne sous la dénomination nouvelle d'*asystolie* (1). A part q explications et déductions théoriques que tous les médecins n'admettront c ment pas, et dont il faut laisser la responsabilité à l'auteur, ce travail est plus importants des temps modernes, et, dans notre opinion, il prend plac de ceux de M. le professeur Bouillaud lui-même. Nous sommes heureux stater aussi que M. Beau, quittant les errements de l'*anatomisme pur*, la plus large part aux *phénomènes dynamiques* ou *vitaux*, et agrandiss le champ de ses observations et même de ses explications.

M. Beau part de ces observations très réelles : « 1° La nécropsie vient

(1) *Traité expérimental et clinique d'auscultation.* Paris, 1856, p. 318.

donner des démentis imprévus, quand on a voulu trop préciser le diagnostic altération anatomique du cœur. 2° On rencontre souvent des maladies du caractérisées par les symptômes rationnels les plus positifs, dont la gravité jusqu'à ce que les individus succombent, et l'on ne trouve pas à l'au- des lésions qui expliquent suffisamment les symptômes observés et la mort. fois c'est l'inverse : il y a une altération valvulaire démontrée par des irréfragables; mais l'individu présente à peine des symptômes rationnels, et vivre fort longtemps sans éprouver un dérangement notable dans sa santé. dans les maladies du cœur, il y a habituellement des lésions, constatées qu'il est très difficile d'accorder avec les symptômes observés pendant tels que la dilatation des cavités gauches avec la petitesse extrême du l'hypertrophie des parois avec l'enrayement de la circulation. » Toutes ces peuvent être expliquées, dit M. Beau, si on les rattache à quelque *prin- pathogénique* qui en rende compte d'une manière suffisante.

de faire connaître ce principe pathogénique, M. Beau expose d'abord la symptômes rationnels qui ont de tout temps frappé les observateurs, et l'énumération :

*face* est *injectée*, surtout aux joues et aux lèvres; la couleur de cette injec- rouge, souvent violacée. Il y a de la *bouffissure aux paupières*. Les *veines du cœur*, telles que celles du cou, de la face, sont *gonflées;* ce gonfle- manifeste, surtout aux *veines jugulaires externes*, qui ne désemplissent pendant les inspirations. Ces veines présentent assez souvent une *ondu-* ou *pouls veineux*. La *petitesse du pouls* est encore un fait très commun. symptômes, qui indiquent de la manière la plus positive que *le sang a de la à traverser le centre circulatoire*, il s'en joint d'autres qui dénotent tout bien le même embarras des fonctions cardiaques. C'est ainsi que cette sur- produite par le sang, qui passe difficilement dans les artères, fait éprou- *sentiment de gêne*, d'embarras et de pesanteur *à la région précordiale*. aussi la *dyspnée*, les *congestions* des *poumons*, du *foie* et de la *rate*, qui aller jusqu'à l'*apoplexie*, et enfin les *hydropisies*.

auteur ajoute que l'on a peut-être le droit de s'étonner que ce groupe de symptômes si naturel n'ait pas encore été envisagé à part, et n'ait pas reçu de nom lui donne une existence pathologique. Mais cette observation n'est pas fondée. (1) disait que cet ensemble de phénomènes permettait de reconnaître une du cœur « au premier coup d'œil », et il en a donné une très bonne des- Après lui MM. Bouillaud, Andral, Gendrin, Hope, en ont fait mention. il y a plus, c'est que divers auteurs avaient déjà donné des noms à cet en- de symptômes : Corvisart (2) le nommait *facies propria;* Stokes (3) le rap- à ce qu'il nomme *weakness or deficient muscular power of the heart*. l'un des annotateurs de ce livre (4) avait déjà, dès 1854, caractérisé les phénomènes d'ensemble des maladies du cœur, par le nom de *type car-*

(1) *Traité d'auscultation médiate*, 4e édit. Paris, 1837, t. III, p. 159 et suiv.
(2) *Essai sur les maladies du cœur*. Paris, 1806, p. 373.
(3) *The diseases of the heart*. Dublin, 1854.
(4) V.-A. Racle, *Traité de diagnostic médical*, 1re édit. Paris, 1854.

Quoi qu'il en soit de cette question, qui n'est qu'une question de fait, quoi consistent les opinions entièrement nouvelles de M. Beau.

L'ensemble de ces phénomènes ne doit pas être rapporté directem obstacle mécanique à la circulation : il dépend d'un état de faiblesse du c ne permet plus à ce viscère de vaincre et de forcer les difficultés du pass insuffisance de systole partage le nom d'*asystolie* avec l'ensemble des ph énumérés plus haut. « L'*asystolie*, dit M. Beau, est donc une altération tion qui vient s'ajouter ou non aux différentes lésions anatomiques du co

Les *causes* de l'asystolie sont de plusieurs ordres. En première ligne fi obstacles. « Cette condition est évidente dans les cas de rétrécissement L'ondée, en effet, a de la difficulté à franchir le passage rétréci ; mais prévoyante, renforce et hypertrophie les parois cardiaques à un point suff que la force d'expulsion de l'ondée soit proportionnée à la grandeur de qu'elle doit vaincre. De cette manière le cœur fonctionne comme à l'ordi enrayement de la circulation, c'est-à-dire sans asystolie. C'est là le cas d sonnes qui présentent les signes physiques de rétrécissement d'orifice signes rationnels des maladies organiques du cœur. Mais cet équilibre entre la force de contraction et l'obstacle ne dure pas habituellement Au bout d'un temps qui varie beaucoup, quelquefois même dès le dé lésion valvulaire, surtout si le rétrécissement est considérable, les parois ca même quand elles sont affectées d'hypertrophie, deviennent impuissantes complétement l'ondée à travers l'orifice rétréci. Dès ce moment il y a en de la circulation cardiaque ; la cavité placée en amont du rétrécissement et l'on voit apparaître les différents signes rationnels des maladies du cœ à-dire les symptômes d'asystolie. »

M. Beau explique encore ces symptômes par la présence d'un autre lorsque les orifices ne sont pas rétrécis. Si, par une cause quelconque, perdu son énergie contractile, le poids de la colonne sanguine artérielle naire devient trop considérable, les ventricules ne se désemplissent proche en proche la stase du sang s'établit. « Il se produira, dans ce lésions anatomiques faciles à comprendre : l'ondée sanguine ne pouvant de la cavité impuissante à se bien contracter, distendue peu à peu, c finira par être affectée de *dilatation*, et, par suite d'une loi de pathogé par tout le monde, les parois de cette cavité dilatée *s'hypertrophieront* p

Ainsi, selon M. Beau, l'asystolie dépend toujours d'un obstacle, soit relatif, contre lequel vient échouer la contraction insuffisante des parois c

Mais quelles sont les causes qui peuvent diminuer l'énergie de ce tions ? Ce sont :

« 1° Les différentes circonstances physiologiques ou morbides qui fon ler le sang dans les cavités droites du cœur, soit qu'il y arrive en plus gr tité de la périphérie, soit qu'il ait de la difficulté à traverser l'organe pour se rendre dans les cavités gauches. On conçoit que cette accum sang distende à un degré considérable les parois cardiaques, que celles-ci difficilement sur elles-mêmes, qu'elles soient pour ainsi dire forcées, e contraction ne se fasse plus que d'une manière faible et incomplète. On porter à ce genre de causes la maladie appelée *asthme*, *emphysème*, *l*

...*vibrants généralisée.* L'affection du cœur résultant de cette accumulation ... sang qui force ainsi les parois cardiaques et les rend inhabiles à se bien con...acter, est tout à fait semblable à ces difficultés de miction qui succèdent à une ...mulation d'urine dans la vessie, dont les parois, distendues à l'excès, ont perdu ... à même une grande partie de leur force contractile.

» 2° Une autre cause qui agit sur les parois cardiaques pour diminuer l'éner... de leurs contractions, est l'anémie globulaire... Le sang n'a plus de force ...ulante.

» 3° Enfin, un ordre de causes qui agit comme les deux précédents, c'est l'ordre ... causes morales, c'est-à-dire le chagrin profond, le désespoir, la contrariété, ...peur, etc. »

Si telles sont les causes de l'asystolie, on comprend qu'elle puisse disparaître ...r revenir, et présenter une sorte d'intermittence; il suffit de supposer que le ...ur reprenne et perde alternativement sa force contractile.

Les déductions que M. Beau a tirées du principe qu'il a posé sont extrêmement ...ressantes et même séduisantes. Mais nous ne pouvons pas en donner l'analyse ... un livre de la nature de celui-ci. Nous avons dû nous borner à faire l'exposé ... points fondamentaux. Cependant nous ne pouvons pas terminer sans rappeler ...ques-unes des considérations que, dans un autre ouvrage (1), nous avons ...bliées sur ce sujet.

« Par ces conceptions séduisantes, M. Beau fait de l'asystolie une maladie, une ...ité pathologique. S'il a fait bon marché des lésions d'orifices, en ne les con...dérant que comme causes occasionnelles, il est encore moins généreux pour l'hypertrophie, qui est rejetée sur un plan tout à fait secondaire. L'hypertrophie n'est pas une maladie primitive, existant par elle-même, c'est un effet nécessaire et qui résulte d'un besoin fonctionnel; le cœur s'hypertrophie pour recouvrer sa puissance d'action; et, à ce titre, elle mérite bien le nom d'*hypertrophie providentielle.* Enfin, comme il n'y avait pas moyen de s'arrêter sur une semblable pente, la digitale serait le *quinquina du cœur;* car il est certain que ce médicament amende les phénomènes de l'asystolie; et comment pourrait-elle le faire, si elle ne fortifiait pas, si elle n'augmentait pas la puissance contractile de l'organe.

» De toute cette théorie, nous n'acceptons que l'asystolie, c'est-à-dire l'affaiblissement du cœur; mais nous ne pouvons pas y voir une maladie ni la cause de l'hypertrophie. Il nous semble qu'elle ne constitue qu'un élément des maladies du cœur; élément quelquefois forcé, nécessaire, et quelquefois futur, éventuel. L'asystolie pourrait, comme l'adynamie dans les fièvres, tour à tour se présenter ou faire défaut; de sorte que telle maladie du cœur, sans lésion propre à gêner la circulation, déterminerait des stases sanguines, des hydropisies, de la dyspnée, etc.; dans ces cas, le trouble circulatoire ne serait pas un obstacle matériel, il dépendrait seulement de ce que le cœur serait tombé dans l'asystolie. Et réciproquement, avec des obstacles bien évidents des orifices, ces mêmes symptômes manqueraient, parce que le cœur ne serait pas en état d'asystolie. On expliquerait, par l'apparition ou la décroissance de ce phénomène, la production et la guérison alternatives des hydropisies, de la dyspnée, etc., dans un grand nombre d'affections du cœur » ].

(1) *Traité de diagnostic médical*, 2ᵉ édit. Paris, 1859.

## ARTICLE XI.

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DU CŒUR.

Sans nous étendre longuement sur des généralités qui pourraient ne pas a une application bien déterminée, nous devons cependant jeter un coup d'œil les articles précédents, afin d'indiquer quelques faits importants qui n'ont pu y trouver place.

Le fait le plus général qui ressorte de tout ce qui a été dit plus haut, c'est q est fort rare de rencontrer dans les maladies du cœur une lésion à l'état de sim cité. C'est ainsi qu'avec les diverses altérations de l'endocarde et les déformat des orifices, nous voyons exister concurremment les maladies du tissu propre cœur : l'hypertrophie, l'amincissement, la dilatation. Il s'ensuit donc que le p ticien ne devra pas s'attendre à trouver fréquemment isolés les signes qui cara risent chacune de ces lésions, mais qu'il devra s'attacher à les démêler les uns autres, et à établir ainsi le diagnostic des affections complexes qui viennent le souvent s'offrir à l'observation.

M. Monneret (1) pense au contraire que la thérapeutique ne peut tirer a avantage de la connaissance de ces lésions multiples ; au contraire le degré de f ou de faiblesse que l'on voit se manifester dans les contractions cardiaques et les capillaires des organes, et surtout l'état des forces générales, sont la source données précieuses que le médecin doit s'empresser de saisir. Ces considérati sont justes dans une certaine limite, et l'on verra tout à l'heure que nous ne l négligeons pas. Toutefois elles me paraissent aller trop loin, car pour ne cit qu'un exemple, nous pourrions, dans l'insuffisance aortique, croire à un surcr de tonicité, tandis que Hope a parfaitement établi qu'en pareil cas les débilit sont pernicieux.

Par les mêmes motifs, le *traitement* ne saurait s'appliquer exclusivement à u seule de ces altérations. Il faut faire en sorte de grouper les moyens curatifs d telle manière qu'ils s'adressent à toutes les lésions existantes. Toutefois il est u bon nombre de cas où l'une d'entre elles, dominant toutes les autres, appelle sp cialement l'attention du médecin.

Si l'on a bien suivi les détails dans lesquels nous sommes entré à propos d chacune des affections précédemment décrites, on aura vu qu'en définitive on és le plus souvent réduit à faire la médecine des symptômes. Ainsi, lorsqu'on trou des palpitations violentes avec soulèvement marqué de la poitrine, s'il y a en mê temps congestion du foie, œdème, ascite et suffocation, on doit employer cont le premier symptôme, la *saignée*, la *diète*, le *repos*, etc. ; et contre les autres, l *sangsues à l'anus*, les *diurétiques*, la *digitale*, les *calmants*, la *paracentèse*.

M. le docteur Debreyne emploie la *teinture de digitale* à une dose plus élev qu'on ne le fait généralement, et il l'associe au *nitrate de potasse* de la manié suivante :

℞ Infus. de tilleul ou eau sucrée. 1 verre. | Nitrate de potasse............ 4 gram.
Dissolvez.

(1) *Compt. rend. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris* (*Union méd.*, 21 septembre 1852)

Ajoutez :

Teinture de digitale............................ 12 gouttes.

A prendre en trois fois dans la journée. Augmentez tous les jours la dose de teinture de six gouttes, jusqu'à soixante par jour, toujours en trois fois.

M. le docteur Jægerschmits (1) a cité deux cas dans lesquels ce traitement a eu de très bons effets.

MM. Piédagnel et Sée (2) ont obtenu de bons effets de l'*ergotine*, administrée comme sédatif des maladies du cœur.

Il est une indication particulière que nous ne devons pas manquer de signaler et sur laquelle on a principalement attiré l'attention dans ces derniers temps. Il arrive ordinairement, comme chacun sait, qu'à une certaine époque de la durée des maladies du cœur, et plutôt dans quelques-unes, comme l'*insuffisance aortique* et la dilatation des ventricules, les organes circulatoires s'affaiblissent. De là impuissance du cœur à pousser le sang dans les artères, accumulation de ce liquide dans ses cavités, stase du sang veineux, suffusions séreuses, etc. En pareil cas on ne peut pas insister longtemps sur les émissions sanguines, qui jetteraient les malades dans une prostration funeste; quelquefois au contraire il survient une anémie marquée. Dans ces cas, il faut recourir aux *toniques*, et surtout aux *ferrugineux*, comme l'a fait remarquer avec raison M. le docteur S. Scott Alison (3). Nous nous bornerons à citer ici, parmi les moyens qu'il emploie, la *mixture de fer composée :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Myrrhe pulvérisée....... | 8 gram. | Sulfate de fer................ | 3 gram. |
| Carbonate de potasse..... | 4 gram. | Esprit de muscade........... | 24 gram. |
| Eau de rose.......... | 432 gram. | Sucre..................... | 8 gram. |

Triturez la myrrhe avec l'esprit et le carbonate; ajoutez l'eau, puis le sulfate, et enfin le sucre. Dose : 30 à 45 grammes par jour. Il faut en interrompre l'emploi de temps en temps.

Enfin il est une considération des plus importantes, et qui n'a pas suffisamment fixé l'attention des médecins. L'observation prouve tous les jours qu'une grande catégorie de maladies du cœur reconnaît pour cause la gêne de la respiration occasionnée par les *bronchites répétées* et par l'*emphysème*, qui en est ordinairement la conséquence. Les cas de ce genre se manifestent principalement chez les gens avancés en âge, tandis que ceux qui nous présentent des lésions des orifices se montrent chez des sujets plus jeunes, et surtout chez des rhumatisants. Ces faits, implicitement indiqués dans l'histoire de l'emphysème, ont été plus particulièrement signalés en Angleterre, et longtemps avant de connaître ces recherches, nous les avions nous-même distingués. En pareil cas, l'hypertrophie se montre à un degré au moins aussi élevé dans les cavités droites que dans les gauches, et les orifices ne présentant pas d'altérations, il n'y a pas de bruit anormal à l'auscultation. La cause qui les produit étant les troubles de la respiration, il est évident que c'est contre ceux-ci que doit être principalement dirigée la médication. Ainsi, après avoir désempli le système veineux quand il y a congestion considérable, il faut se

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, 30 septembre 1851.
(2) *Gazette des hôpitaux*, mars 1847.
(3) *Bulletin gén. de thérap.*, 30 juillet 1851.

hâter de prescrire les *vomitifs*, l'*opium*, le *datura*, les *fumigations émollie[ntes]* *narcotiques*, tout en donnant les toniques, si l'état des forces l'exige.

Nous n'en dirons pas davantage sur ce sujet, qui concerne plutôt la path[ologie] générale que la pathologie spéciale; ces considérations suffisent d'ailleurs [à] montrer sur combien d'objets différents l'attention des médecins doit être [fixée] quand ils ont à reconnaître et à traiter les maladies du cœur.

## APPENDICE.

### VICES DE CONFORMATION, TRANSPOSITIONS, ECTOPIE DU COEUR.

[Outre les maladies du cœur acquises, c'est-à-dire résultant de l'action d'un[e cause] intérieur ou d'une cause extérieure, sur un organe primitivement sain et bien [con]formé, il y a un certain nombre d'états congénitaux se rapprochant des monst[ruo]sités ou malformations, et que le médecin doit connaître. Quelques auteurs [ont] donné à ces malformations le nom de maladies congénitales du cœur. Lorsq[u'on] analyse les observations de ce genre qui ont été publiées en différents pays, on [voit] que dans l'immense majorité des cas il s'agissait de la maladie que nous a[vons] décrite plus haut, et qui est connue sous le nom de *cyanose*, *ictère bleu*, etc. [Un] auteur distingué, qui a étudié spécialement cette question, le professeur Peaco[ck] s'exprime ainsi (1) :

« Des palpitations, de la dyspnée et la cyanose à différents degrés, observés d[ès la] naissance, ou bientôt après, indiquent sûrement une déformation du cœur ou d[e l'une] des grosses artères. La difficulté est grande, quand la maladie ne s'est déclarée [que] dans un âge plus avancé, quand le malade n'est observé qu'après la pubert[é, et] qu'on ne peut pas avoir de renseignements précis sur son existence antérie[ure;] alors il n'est pas souvent aisé de dire si la lésion est congénitale ou acquise. L'[em]barras augmente encore si, dans le premier cas, on veut préciser le genre de [dé]formation.

Sur 150 cas de lésions congénitales du cœur de tout genre, près de 70 con[sis]taient en un rétrécissement plus ou moins considérable de l'orifice de l'artère [pul]monaire. Sur ces 150 enfants, 28 ont dépassé quinze ans, et sur ces 28, 24 ét[aient] atteints de cette stegnose. Il en résulte que, en cas de diagnostic d'une lésion co[ngé]nitale, surtout si le malade est âgé de plus de quinze ans, on peut la supposer [avec] la plus grande probabilité dans l'artère pulmonaire. On entend alors, à la hauteu[r du] mamelon, près du sternum, un fort bruit systolique, qui se propage surtout [dans] la direction de cette artère, c'est-à-dire, de la base du cœur vers le milieu [de la] clavicule, etc. »

Ainsi, la communication des deux cœurs par la persistance du trou de Bot[al ou] par formation incomplète de la cloison ventriculaire, avec rétrécissement de l'a[rtère] pulmonaire, est la maladie congénitale du cœur compatible avec la vie, qui [est] le plus souvent observée.

Néanmoins il n'est pas sans utilité de signaler divers vices de conform[ation] qui, en nuisant au libre jeu du cœur et en entravant dans une certaine mesur[e les] fonctions circulatoires, doivent être considérés comme de véritables maladies.

(1) *Journal für Kinderkrankh.*, 1855, n°s 5 et 6, et *Union médicale*, 1856, p. 40.

es, et en particulier a-t-on remarqué qu'en pareil cas les fonctions circu-
ssent entravées ? C'est une opinion qui semble, *à priori*, conforme aux
le la physiologie, et que quelques exemples sembleraient confirmer ; mais
les sont encore trop rares, et la question n'est pas encore assez élucidée
n puisse faire, à cet égard, une déclaration tout à fait affirmative. Cepen-
utile de signaler ces faits à l'attention du lecteur.

st de même de ces malformations qui consistent dans une ossification
e des côtes, ou dans l'absence d'une des pièces osseuses du sternum : tel
si bien observé par M. Béhier sur un jeune homme, nommé Graux,
ésentait une fissure sternale permettant de voir les battements de l'oreil-
te (1). Cette fissure était produite par la séparation du sternum en deux
n peu inégales, écartées l'une de l'autre de 2 centimètres à la partie supé-
la poitrine, et réunies par un angle inférieur, lequel était formé par une
ilagineuse. C'est dans cet intervalle triangulaire que l'on voyait une tumeur
mouvements... Ce jeune homme était d'une santé délicate, sujet aux pal-
de cœur, condamné à une existence extrêmement calme et exempte de
otion et de tout effort.

eil cas, le bons sens indique l'hygiène et les précautions à prendre. Il faut
ute secousse, tout excès, et garantir, par un appareil appliqué au devant
rine, le cœur, que la faiblesse et la minceur des tissus ne protégent qu'im-
ent.

e parlons pas ici des monstruosités si nombreuses qui sont incompatibles
e, et qui ne peuvent à aucun titre être considérées comme maladies.

n genre de malformation ou de difformité qui joue un grand rôle dans la
n de certaines maladies du cœur : nous voulons parler du rachitisme.
nce de tous les jours montre combien est grand le nombre des rachitiques
le maladies du cœur. Quelques mots d'explication à cet égard nous sont

Cependant le rachitisme exerce surtout une influence fâcheuse sur les organes contenus dans les cavités splanchniques, et qui ne peuvent se passer du jeu, du mouvement du squelette. On sait quelles terribles conséquences a le rachitisme du bassin chez les femmes en mal d'enfant. Sait-on aussi bien que le rachitisme pectoral expose presque fatalement les malheureux qui en sont atteints à l'asthme pulmonaire et cardiaque, à l'emphysème et à l'hypertrophie du cœur? Ce n'est pas seulement l'hypertrophie simple du cœur qui survient presque fatalement chez les jeunes gens atteints de rachitisme pectoral, c'est souvent aussi l'altération des orifices du cœur, avec tous les accidents qui en découlent.

En signalant le rachitisme comme cause de maladie du cœur, nous ne faisons qu'énoncer un fait vulgaire, mais sur lequel il serait utile que l'attention des médecins se fixât de plus en plus.

Nous devons encore signaler un fait qui se rattache d'assez près au sujet qui nous occupe.

« Sénac, il y a déjà longtemps, avait signalé une conformation vicieuse du thorax, commune chez les rachitiques, et dans laquelle on remarque une voussure ou incurvation des côtes au-devant du cœur, mais il n'avait guère porté son observation plus loin. M. Piorry a repris dernièrement ce sujet, et a fait voir que cette disposition est ordinairement liée à une incurvation de la colonne vertébrale, qui forme une légère convexité du côté gauche. Par suite de cette disposition, les côtes gauches sont reportées en avant, et elles subissent une flexion au niveau de l'articulation avec leurs cartilages; il y a alors une insymétrie prononcée, qui n'est pas seulement visible au niveau du cœur, mais qui affecte tout le thorax, et qui se traduit en arrière par une disposition inverse de celle qu'on remarque en avant; là, en effet, l'angle des côtes du côté droit est saillant, tandis qu'il est un peu déprimé à gauche. Cette espèce de distorsion a des caractères si tranchés, qu'il est inutile que nous y insistions. S'il n'y a aucun autre phénomène du côté du cœur, il sera très facile d'en reconnaître la véritable origine ; mais elle peut être cause de quelques difficultés chez des malades chlorotiques et qui se plaignent de palpitations; on s'attachera alors à l'examen des phénomènes concomitants et aux phénomènes fournis par la percussion (1). »

Voici d'ailleurs comment M. le docteur Woillez (2) s'exprime sur ce sujet, avec son exactitude habituelle :

« Il est rare que les deux côtés de la poitrine soient égaux; il en résulte des *hétéromorphies physiologiques* qu'il ne faudrait pas prendre pour le résultat de maladies. Le côté droit de la poitrine est plus étendu que le gauche de 1 à 3 centimètres; quelquefois les deux côtés sont égaux; dans des cas plus rares le gauche est plus étendu que le droit de 1 centimètre, ou de 2 tout au plus. Il existe souvent des saillies latérales antérieures ou postérieures, soit à droite, soit à gauche. Ces saillies rendent les deux côtés égaux ou le côté gauche plus étendu que le droit; à droite, où leur influence est moins nettement dessinée, elles rendent plus sensible la différence que l'on observe ordinairement à l'avantage du côté droit. La saillie antérieure que présentent les gauchers rend ordinairement le côté gauche plus étendu

(1) V. Racle, *Traité de diagnostic médical*, 2e édit. Paris, 1859.
(2) *Traité de l'inspection et de la mensuration de la poitrine*. Paris, 1838.

les premiers temps de l'anatomie pathologique, on a reconnu que le péri- très sujet à des affections graves, qui laissent après elles des traces très . Les taches, les fausses membranes récentes ou anciennes, les accumu- sérosité, de pus, etc., furent bientôt observées dans un très grand nombre frappèrent vivement les observateurs. Mais n'ayant point de moyens d'ex- suffisants, et les signes des affections du péricarde étant souvent obscurs, cins qui précédèrent Laennec éprouvèrent des difficultés insurmontables ces lésions à une série de symptômes constituant une maladie distincte. lui-même, qui n'accordait pas assez d'importance à l'inspection et à la n de la poitrine, et qui peut-être aussi n'eut pas le temps d'étudier suffi- les affections du péricarde, s'est presque toujours contenté d'exposer avec grand soin l'anatomie pathologique, et à peine a-t-il indiqué quelques es d'une faible valeur.

dans ces derniers temps, M. Louis, et après lui MM. Bouillaud, Hache, plusieurs autres, poussant plus loin l'observation et mettant en usage tous ns d'exploration connus, sont parvenus à porter le diagnostic des maladies rde à un plus haut degré de précision que celui même des autres affections . Ici, par conséquent, les documents ne nous manqueront pas, au moins rincipales questions.

allons passer tour à tour en revue ces affections, en commençant par la ite aiguë.

## ARTICLE Ier.

### PÉRICARDITE AIGUE.

é les articles assez nombreux consacrés à la péricardite, on peut dire que ection n'était point connue avant que M. Louis (1) en eût fait l'objet d'un

symptômes, à la marche de la maladie, au traitement, à toute l'histoire de l'i
en un mot, les lésions anatomiques exceptées, on ne doit guère remonter
des recherches faites dans ces dernières années.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *péricardite aiguë* est une inflammation de la membrane externe du c
parcourt rapidement ses périodes.

Cette maladie était désignée autrefois sous les noms d'*adhérences du*
*péricarde*, d'*hydropisie du péricarde*, d'*inflammation*, d'*abcès*, de *tum*
vant que l'on trouvait à l'autopsie telle ou telle lésion.

La *fréquence* de la péricardite ne paraîtra pas très grande, si l'on n
qu'aux inflammations de cette membrane sans complication; mais si l'on fa
en ligne de compte l'inflammation de cette membrane qui accompagne le
affections du cœur, on reconnaît que cette fréquence est un peu plus consi
M. Louis a trouvé, sur 1263 autopsies puisées à diverses sources, et dans l
il est fait mention de l'état du cœur, 70 cas de péricardite récente ou a
D'après ce relevé, la fréquence de cette affection serait considérable; m
que le fait remarquer cet auteur, ce chiffre est certainement trop élevé, c
un bien grand nombre d'autopsies, l'état du cœur n'est point mentionné,
vent sans doute parce qu'il ne présentait rien de remarquable.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

D'après les relevés de M. Louis, le *sexe* a une grande influence sur la pr
de la péricardite, puisque, parmi les sujets des observations qu'il a rassem
trois quarts étaient des hommes. Quant à l'âge, c'est, d'après ses reche
dix-sept à trente ans et de cinquante à soixante et dix que cette affection s
le plus fréquemment. Mais, d'un autre côté, M. Hache a constaté que le pl
nombre des individus, et cela dans une proportion considérable, était âg
huit à trente ans, en sorte qu'il peut rester quelques doutes sur la réalité
fluence accordée par M. Louis à la vieillesse; mais celle de la jeunesse n
être douteuse. Quant au sexe, de semblables dissidences n'existent pas,
les relevés de MM. Bizot et Bouillaud n'ont fait que confirmer ceux de M
Dans la majorité des cas observés, les sujets présentaient une *bonne consti*

Parmi les causes prédisposantes, il en est une autre dont l'influence est é
c'est l'existence d'une maladie du cœur. M. Louis a en effet, sur 1263 cas
cardite ancienne ou récente, constaté que 167 fois il y avait une maladie
moins grave de ce viscère, de telle sorte que la treizième partie des i
atteints d'hypertrophie du cœur avec ou sans dilatation des cavités, et
éprouvé, à une époque plus ou moins rapprochée de la mort, une inflamm
péricarde; nouvelle preuve de la grande tendance qu'ont les affections du
se compliquer les unes les autres.

D'après les cas rassemblés par M. Hache, c'est *à la fin de l'automne et*
*mencement de l'hiver* que se manifesterait le plus souvent la péricardite a

...ultat méritait d'être signalé ; toutefois il faut dire qu'il est fondé sur un petit nombre de faits.

Nous n'avons aucune donnée bien positive sur les *conditions hygiéniques* dans lesquelles se développe cette affection. Cependant, si nous considérons qu'elle a ... le plus souvent chez des hommes, et chez des sujets vigoureux, nous sommes ...té à admettre que les *divers excès*, l'abus des liqueurs alcooliques, les travaux ...ants, etc., etc., auxquels se livrent plus particulièrement les hommes, doivent ...ir une certaine influence sur sa production. Quant aux autres causes prédisposantes, telles que l'*état de grossesse*, un *accouchement récent*, et la *convalescence des maladies exanthématiques*, indiquées par J. Frank, on n'a point de faits suffisants pour en apprécier l'influence.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont peut-être plus difficiles encore à démêler ; aussi ...-elles soulevé de vives discussions. Parmi les causes déterminantes, « la plus ...ante, la plus fréquente, et partant celle qu'il importe le plus de bien connaître, ...t incontestablement, suivant M. Bouillaud, un *refroidissement brusque et subit*, ...édant à une forte chaleur du corps et à des exercices plus ou moins violents. »

L'influence du *rhumatisme articulaire* sur la production de la péricardite a été particulièrement signalée par M. Bouillaud. Suivant lui, la moitié des sujets affectés ... rhumatisme articulaire aigu généralisé offre des symptômes de péricardite ou ...ndocardite, et souvent de ces deux maladies réunies. On voit que M. Bouillaud ...'a pas cherché à démêler ce qui appartient en propre à la péricardite, et que par ...équent ce résultat n'est pas précis. Toutefois il faut reconnaître que la coïncidence de l'inflammation du péricarde avec le rhumatisme articulaire aigu est un ... remarquable qui, bien qu'indiqué par Sydenham, et plus tard par Chomel, ...é mieux constaté par M. Bouillaud (1). Toute la discussion porte donc seulement sur le degré de fréquence qui, d'après les faits recueillis par les autres médecins, et notamment par Latham (2), n'est pas aussi grand que le pense ce dernier ...ur.

Les autres causes excitantes dont la fréquence est moins bien déterminée sont : ... *violents efforts*, des *travaux fatigants*, les *impressions morales vives*, les *excès ... boisson*, la *suppression d'un flux*, la *répercussion des exanthèmes*. Lobstein a ... un cas où la péricardite est survenue après la *disparition d'un érysipèle*.

...ott Alison (3) a vu trois cas de péricardite survenir dans le cours de la scarlatine. Cette dernière affection régnait épidémiquement.

Burrows (4) pense que les tubercules se développent dans le péricarde sans inflammation préalable, et que ce sont eux, au contraire, qui développent l'inflammation. Cette opinion, contraire à celle de Laennec et de M. Rokitansky, est appuyée ... trois observations intéressantes. Dans cette manière de voir, il faudrait donc

(1) *Traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie*. Paris, 1840, in-8.
(2) *Lect. on subj. connect. with clin. med. compris. diseases of the heart*. London, 1845.
(3) *London medical Gazette*, février 1843.
(4) *London med.-chir. Trans.*, 1847.

chercher une nouvelle cause de péricardite dans la *formation de tuberc*[...] surface du péricarde.

Leaming (1) a vu une péricardite mortelle produite par une *aiguille* [...] *dans le cœur*. Mais cette cause peut, dans certains cas, rester sans effet. C'[...] que dans un cas observé à la Salpêtrière dans le service de M. Ulysse Trélat [...] piqûre du cœur par une aiguille qui y séjourna ne causa aucun accident.

On a aussi rangé parmi ces causes l'*extension de l'inflammation* de la p[...] du poumon du côté gauche au péricarde ; mais on s'accorde aujourd'hui à [...] naître qu'en pareil cas il y a plutôt production de diverses phlegmasies so[...] fluence d'une même cause.

Enfin, on a cité des exemples d'*épidémie* de péricardite. Celle qui a été o[...] à Rocroy par Trécourt (3) et celle qui a été décrite par Hubert en 1819 so[...] tionnées partout. Depuis lors, M. le docteur J. Lalor (4) en a observé un [...] exemple dans l'hiver de 1848-1849, à Kilkenny (Irlande).

Ces dernières causes n'ont pas une importance très grande, et l'observat[...] point encore prononcé sur la plupart d'entre elles.

### § III. — Symptômes.

Les *symptômes* ont été divisés par M. Bouillaud en deux sections qui [...] portent, la première à la période de congestion, de sécrétion ou de supp[...] et la seconde aux adhérences et aux autres productions accidentelles consécu[...] la péricardite ; mais, comme les signes de ces dernières lésions ne se font rem[...] qu'à une époque plus ou moins éloignée, et que quelques-uns coïncident [...] ceux de la péricardite chronique, nous croyons ne devoir les mentionner [...] l'article où il sera question de cette forme de l'affection.

*Début*. — L'invasion de la maladie est quelquefois très rapide ; toutefois o[...] conserver des doutes sur les péricardites qui se seraient produites tout à coup [...] un très haut degré d'intensité ; car si l'on examine les observations partic[...] et surtout quelques-unes de celles qui ont été rapportées par M. Stokes (5) [...] voit qu'après quelques jours d'une marche plus ou moins obscure, la maladie [...] prendre tout à coup un haut degré d'intensité et simuler un début subit. I[...] assez rare que cette affection, surtout lorsqu'elle survient chez des sujets bi[...] tants, débute par des frissons, et ces frissons, lorsqu'ils existent, ne sont or[...] rement pas très violents. Les premiers symptômes sont, le plus souvent, la [...] leur, une gêne à la région précordiale, et différents troubles dans les mouve[...] du cœur. Puis survient la chaleur avec les autres symptômes du mouve[...] fébrile, et la maladie est déclarée.

*Symptômes*. — La *douleur*, qui existait dans tous les cas observés par M. B[...] n'a pas été notée d'une manière aussi constante par les autres auteurs. D'apr[...] recherches de MM. Louis et Bouillaud, elle est nulle ou très légère dans près [...]

(1) *London medical Gazette*, janvier 1844.
(2) *Bulletin de thérap*, décembre 1845.
(3) *Observ. sur une maladie singulière* (*Journ. de méd. et de chir.*, 1755).
(4) *Dublin quarterly Journ. of med.*, février 1852.
(5) *Dublin Journal of med. and chem. sc.*, 1833, et *Arch. gén. de méd.*, 1834.

par accès, comme nous le verrons tout à l'heure, en augmentent beau-
ité. Le décubitus sur le côté gauche a le même résultat dans la majo-
quelques sujets sont même forcés de rester assis, le corps légèrement
ant, comme M. Stokes en a cité des exemples. La douleur est encore
ar une pression quelquefois très légère dans les espaces intercostaux,
cordiale ou sur les côtes elles-mêmes.

*ents du cœur* sont assez souvent tumultueux, irréguliers, quelquefois
. Ils le sont surtout pendant les *accès de palpitations*, qui, d'après
s de MM. Louis et Hache, sont un des symptômes plus remar-
ette maladie. Ces *accès de palpitations*, observés dans la majorité des
s ou moins fréquents et prolongés. Lorsque la maladie est intense, on
rver huit, dix et douze fois dans vingt-quatre heures. Quelquefois ils
'une ou deux fois par jour. Ils sont parfois provoqués par la marche,
s émotions morales; mais, le plus souvent, ils surviennent sans cause
e manifestent plus fréquemment la nuit que le jour.

des battements du cœur est difficile à apprécier, parce qu'elle peut
moins masquée par l'épanchement. Si la quantité du liquide est peu
, il y a à la région précordiale une impulsion visible qu'un épanche-
nt fait disparaître. Dans les cas où la péricardite existe en même temps
rtrophie, les battements sont plus violents que dans toute autre cir-
ls le sont parfois à un haut degré sans que les sujets en paraissent
incommodés; MM. Louis et Hache en ont cité des exemples remar-

amine attentivement la conformation de la poitrine, on trouve, à la
rdiale, une saillie ou *voussure* qui a été signalée par M. Louis, et qui
plus considérable que l'épanchement est plus abondant. Cette saillie,
ovale, dont le grand diamètre est dirigé de haut en bas, et dont la cir-

tants. On trouve une *matité* souvent très étendue, dont les limites sont à p
près les mêmes que celles de la voussure. Elle est toutefois un peu plus é
ce qui s'explique par la moindre distension du péricarde à sa circonfére
surtout à la partie supérieure. Elle occupe principalement la partie carti
des côtes. Son maximum se trouve vers le milieu de la voussure, c'est-à-
niveau de la quatrième côte, où l'on sent sous le doigt une résistance
marquées, notée principalement par M. Piorry. Cet auteur a, en outre,
que la largeur de la matité allait en diminuant de bas en haut; en d'autres
qu'elle était *pyriforme*, et qu'elle changeait en partie de place lorsqu'on
varier le décubitus. Si, par exemple, on fait coucher le malade sur le côté
les limites de la matité dépasseront le bord droit du sternum, tandis que,
opposé, elles se rapprocheront du bord gauche. Si, au contraire, on le fait c
à gauche, la matité s'étendra de ce côté, et aura pour limite le bord droit d
num, ou même une ligne plus rapprochée du milieu de cet os.

Par l'*auscultation*, on constate également l'existence de signes précieux. L
*respiratoire* est complétement nul au milieu de la région précordiale, puis
peu on l'entend se reproduire, mais dans le lointain, à mesure que l'on se r
che de la circonférence de l'épanchement. Ce signe est important, car il per
constater l'abondance du liquide épanché.

Les *bruits du cœur* s'entendent dans l'éloignement, à moins que l'épanch
ne soit très peu considérable. Ils sont plus distincts au niveau de la troisième
ou un peu au-dessous, qu'au milieu de la région précordiale. On les ente
conséquent dans un point un peu plus élevé qu'à l'état normal, ce qui prou
le cœur a subi un mouvement d'ascension. Ils ne présentent point ordinair
d'altérations bien notables; seulement ils sont sourds, plus difficiles à sai
dans l'état normal, ce qui tient à leur éloignement de l'oreille et à l'interp
du liquide plus qu'à toute autre cause. Selon le docteur Aran, dans les adhé
générales du péricarde, le second bruit perd non-seulement de sa clarté,
encore de sa durée et de son étendue, et cela d'autant plus que les adhér
sont plus intimes et les cavités du cœur plus amples. Il peut finir par s'ét
presque complétement dans toute l'étendue de la région précordiale, et mê
la poitrine, si la maladie est déjà ancienne. Dans ces cas-là, on perçoit: 1° le
mier bruit, ou bruit sourd, un peu prolongé; 2° l'intervalle de silence, éga
un peu prolongé. Quant à l'explication du phénomène, M. Aran (1) la trouve
l'influence exercée par les adhérences sur les contractions du cœur, influence
agit bien plus puissamment sur la dilatation, phénomène passif, que sur la con
tion des ventricules, essentiellement active, et par conséquent bien plus su
second bruit que sur le premier.

On a, dans un certain nombre de cas, entendu un *bruit de souffle* différent
frôlement péricardique dont il va être question. Hope attribuait principalement
bruit anormal à l'augmentation d'intensité des battements du cœur. M. Bouil
au contraire, le regarde comme le résultat d'une endocardite qui produit le
soufflement des valvules; mais le diagnostic de cette dernière affection est trop di
cile pour qu'on puisse se prononcer encore d'une manière précise sur ce point. L

(1) *Archives gén. de méd.*, 4e série, 1844, t. IV, p. 466.

par cet auteur. Mais on a vu récemment que ce signe peut présenter des rès diverses, et ressembler à un bruit de râpe, de froissement d'un mor- rchemin, de frôlement plus ou moins sec, nuances à peu près pareilles à nous avons notées dans les bruits anormaux du cœur.

lin pensait que ce bruit était dû à la sécheresse de la membrane séreuse l'épanchement eût lieu. Il est certain, en effet, que dès que l'épanche- ent abondant, ce signe disparaît, alors même qu'on l'a vu exister au plus é. Mais des observations nouvelles, et celles de M. Stokes en particulier, é que ce bruit pouvait très bien dépendre du frottement de deux fausses es rugueuses et plus ou moins denses. M. Bouillaud a même cité des cas sité du bruit était en raison directe de la densité de la pseudo-membrane, it extrêmement fort lorsque celle-ci était indurée.

tement, bruit de râpe, de parchemin, de cuir neuf, etc., est toujours rficiel. Il accompagne ordinairement les deux bruits du cœur, et se us fort, dans la majorité des cas, pendant le premier bruit, que pendant . Le cas dans lequel M. Bouillaud l'a trouvé borné à la diastole (c'est-à- sa théorie, au second temps) est un cas exceptionnel. Ce n'est pas seu- l'aide de l'auscultation qu'on peut percevoir ce signe, car dès qu'il existe nière un peu notable, on sent, par l'application de la main à la région le, un *frémissement* plus ou moins marqué. M. Hache a cité des faits qui combien ce bruit est sous l'influence de la rugosité et de la sécheresse des nembranes, puisqu'il l'a vu disparaître et se reproduire en même temps aissait ou disparaissait un épanchement même peu abondant. M. le docteur 2) a noté que le bruit de frottement péricardique ne disparaît pas ordi- nt d'une manière subite dans toute la région précordiale. On cesse d'abord ndre inférieurement, puis de proche en proche, de bas en haut; de sorte nt suivre les progrès de l'épanchement. Nous avons constaté l'exactitude

parce qu'elle est relative à des cas de péricardite simple, et que l'auteur n'a exposé par conséquent à attribuer à la péricardite des symptômes dus à une concomitante. Mais auparavant nous devons dire un mot de l'état du p n'a point suffisamment attiré l'attention de cet auteur. M. Louis (1) a tr signe important dans l'irrégularité et l'intermittence des battements artéri a constatées dans la plupart des cas. Mais les autres auteurs n'y ont point une importance aussi grande, et M. Hache en particulier regarde ce signe peu utile pour le diagnostic. Cette divergence d'opinions nous paraît tenir à M. Louis a principalement analysé des observations de péricardite terminé mort; et ce fait ne doit pas être perdu, car l'intermittence du pouls étant fr dans les cas de mort et rare dans les cas de guérison, c'est là une différe utile pour le pronostic.

Dans la plupart des cas, on a noté une *céphalalgie médiocrement* violent ment des *bourdonnements d'oreille*, des *éblouissements*, des *vertiges*. Le est fréquemment troublé par des *réveils en sursaut*, qui souvent sont le sig accès de palpitations et de dyspnée. Ordinairement les malades conserve forces à un assez haut degré, et quelques-uns ne sont forcés de s'aliter plusieurs jours de maladie.

Dans des cas rares, on a observé ces *syncopes* qui, d'après les anciens seraient un des signes les plus constants et les plus frappants de la péricardi

Enfin des *troubles digestifs* plus ou moins marqués suivant l'intensité de l l'anorexie, l'empâtement de la langue, la soif, parfois un peu de diarrh *sueurs* plus ou moins abondantes, la *diminution du flux menstruel* avec q douleurs hypogastriques, tels sont les principaux phénomènes notés dans ce ladie, qui offre généralement un mouvement fébrile léger.

Plusieurs autres auteurs ont observé des symptômes d'agitation beauco considérables : l'impossibilité de garder une position, l'état grippé des t pâleur de la face, l'air effrayé, les mouvements convulsifs, le délire, l'inf des extrémités; mais ces symptômes se rencontrent principalement dans le la péricardite survient dans le cours d'une autre maladie aiguë, et cette affect sente alors un très haut degré de gravité.

Enfin on a examiné avec attention les *qualités du sang* retiré par la En général, il est couvert d'une couenne plus ou moins épaisse, et le ca ferme.

## FORMES PARTICULIÈRES DE LA MALADIE.

*Péricardite sèche.* — On a observé des cas de péricardite sèche pend son cours; M. Stokes, entre autres, en a cité plusieurs. Cependant cette fo rare et exceptionnelle. Les cas de ce genre se distinguent des autres, en toutes choses égales d'ailleurs, la matité est beaucoup moins étendue, l'im du cœur est forte, l'ébranlement des parois de la poitrine est visible, les br cœur sont superficiels, et le frottement péricardique est très marqué.

*Péricardite rhumatismale.* — Sous ce titre, M. Heyfelder (2) décrit un

(1) *Loc. cit.*, p. 284.
(2) *Heidelb. clin. Annal.*, t. X, et *Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ série, t. VII.

cardite qui, après l'examen des observations, ne nous a paru présenter aucune particularité propre à faire admettre une semblable distinction. La péricardite qui survient dans le cours des rhumatismes articulaires, comme dans le cours de toutes les autres maladies, est plus grave que celle qui se manifeste chez des sujets actuellement bien portants; mais, sous le rapport des symptômes, du diagnostic, de la marche, etc., elle n'a rien qui lui soit propre.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons vu que la péricardite peut, à son début, *marcher* plus ou moins vite, puis qu'on doit conserver des doutes sur l'existence des débuts subits. Dans certains cas, elle suit son cours avec une rapidité extrême. M. Andral (1) cite une observation où elle s'est terminée en vingt-sept heures; mais les cas de ce genre sont très rares, et en général la marche de la maladie, quoique assez aiguë, fait des progrès graduels. Les *accès* de dyspnée et de palpitations viennent par moments produire des exacerbations plus ou moins marquées; mais, en définitive, ils ne font pas varier sensiblement la marche ascendante propre à l'affection.

La *durée* de la maladie diffère beaucoup, suivant que l'on considère les cas de péricardite simple ou ceux de péricardite compliquée. Dans ceux-ci, en effet, l'affection peut se terminer promptement par la mort, ainsi que nous venons d'en citer un exemple, tandis que dans les autres, après avoir duré de quinze à vingt ou vingt-deux jours, elle commence à se dissiper graduellement.

Nous avons à peine besoin de parler de la *terminaison*. Il ressort, en effet, de tout ce qui a été dit plus haut, que dans les cas où la maladie existe à l'état de simplicité chez des sujets surpris par elle dans un bon état de santé, la guérison en est la terminaison constante (2). Nous verrons plus loin la part du traitement dans cette guérison plus ou moins prompte. Dans les cas de complication, au contraire, la mort arrive fréquemment, surtout si la péricardite est survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire intense ou d'une maladie du cœur portée à un assez haut degré.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* diffèrent suivant l'époque de la maladie à laquelle le sujet a succombé. Dans les premiers temps, on trouve dans le péricarde une rougeur plus ou moins vive qui a une assez grande importance lorsque aucune hémorrhagie n'a pu communiquer à la membrane cette teinte particulière, et surtout lorsqu'elle existe sous forme de pointillé et d'arborisation. Mais bien rarement cette lésion existe seule, et le plus ordinairement on trouve au moins une couche de fausses membranes molles, jaunâtres ou d'un blanc grisâtre, occupant une plus ou moins grande étendue de la surface séreuse. Dans les cas où la rougeur n'existe point, il ne faut pas croire cependant qu'il n'y ait pas eu d'inflammation; car, ainsi que le fait remarquer Hope, cette coloration a pu disparaître après la mort.

(1) *Clinique médicale*, 3e édit., t. III, 1re obs. de péricardite.

(2) Nous croyons devoir faire abstraction de quelques cas entièrement exceptionnels, et dont la simplicité n'est pas parfaitement démontrée.

Dans la très grande majorité des cas, les fausses membranes sont très considérables, plus ou moins serrées, plus ou moins adhérentes, et d'un blanc jaunâtre quelquefois légèrement teint en rouge. Elles forment une couche qui enveloppe souvent le cœur et se continue sur la paroi opposée de l'enveloppe séreuse. Quelquefois cependant elles sont bornées à l'un des deux feuillets, ou même à une partie de leur étendue. Elles présentent, à leur surface, des inégalités, des aspérités plus ou moins considérables, des espèces de *tractus* que M. Bouillaud a comparés à ceux qui résultent de la séparation brusque de deux plaques entre lesquelles on aurait mis une couche de matière grasse épaisse et qu'on aurait préalablement pressées l'une contre l'autre. D'autres fois elles présentent des aspects très variés. On les a comparées alors à un gâteau de miel, au second estomac des ruminants, à la surface d'une langue de chat, etc. Parfois enfin on trouve sur le cœur des filaments plus ou moins allongés qui autrefois ont été regardés comme des poils, et que Senac, tout en reconnaissant la cause de l'erreur, a décrits sous le titre de *cœurs velus*. Lorsque ces fausses membranes ont existé pendant un certain temps, elles présentent des traces d'organisation, et parfois même on y distingue de petits vaisseaux. Plus tard l'organisation fait de nouveaux progrès, et les fausses membranes deviennent celluleuses, comme nous le verrons à l'article *péricardite chronique*.

Vers la fin de la péricardite aiguë, ces fausses membranes, primitivement séparées sur les deux feuillets du péricarde, tendent à se réunir et à faire adhérer à l'organe avec son enveloppe séreuse. M. Stokes (1) a cité une observation très remarquable, dans laquelle il put, à l'aide de l'auscultation, suivre sur le vivant la marche de cette adhérence. Le frémissement péricarditique, qui d'abord existait dans toute l'étendue de la région du cœur, commença à disparaître sur la partie inférieure, puis peu à peu il se dissipa en remontant vers la base de l'organe, de telle sorte qu'à l'époque de la mort il ne se faisait entendre que dans un point très limité que l'on pouvait couvrir avec le pavillon du stéthoscope. A l'autopsie, on trouva le cœur réuni au péricarde par des adhérences récentes, excepté dans une partie de sa base, et dans une étendue égale à celle qui vient d'être indiquée. Nous avons vu plus haut, par les faits qu'a cités M. Hughes et par celui que nous avons observé, que les choses se passent ordinairement ainsi, dans les cas de guérison.

Il est rare que ces pseudo-membranes se montrent complétement à l'état sec. Le plus souvent, il y a un épanchement de liquide dont l'abondance est très variable. On l'a vu, en effet, ne pas dépasser trois ou quatre cuillerées, ou s'élever jusqu'à six ou sept cents grammes. Le péricarde, dans ces derniers cas, est distendu outre mesure; il occupe une grande étendue de la poitrine, rejette à gauche le bord antérieur du poumon, et en bas le diaphragme, tandis qu'en haut il remonte jusqu'au niveau de la première côte. Il y a une infinité de degrés entre ces extrêmes. Ordinairement floconneux, louche, séro-purulent, ou même tout à fait purulent, ce n'est que dans quelques cas rares que le liquide contient une quantité notable de sang. On a voulu fonder sur cette dernière particularité une espèce de péricardite, à laquelle on a donné le nom d'*hémorrhagique;* mais nous n'avons rien trouvé dans les observations qui établisse une différence entre cette espèce et celles qui ont été décrites plus haut. Quand le liquide est formé de véritable pus, celui-ci

(1) *Loc. cit.*, obs. 2.

t crémeux et bien lié; le plus souvent il est grisâtre, verdâtre, délayé
us ou moins grande quantité de sérosité, et parfois sanieux.

parlerons point ici des diverses lésions que la péricardite peut laisser
telles que les taches blanches laiteuses, cartilagineuses, etc., parce que,
ant également dans la péricardite chronique, elles trouveront tout natu-
eur place après la description de cette dernière affection. Mais outre ces
pres à la péricardite, on en trouve d'autres dans le cœur, telles que
hie, des concrétions polypiformes, et parfois des altérations de l'endo-
lésions appartiennent soit à des maladies que l'inflammation du péricarde
compliquer, soit à des affections qui sont elles-mêmes des complications
ardite.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

nostic de cette affection, qui paraissait si difficile il y a quelques années,
si simple aujourd'hui, que les auteurs récents ont senti à peine la néces-
arler. Si, en effet, nous examinons les signes absolus qui font recon-
éricardite, et si, d'un autre côté, nous recherchons quelles sont les ma-
n pourrait confondre avec elle, nous voyons qu'à moins de circonstances
iculières, on ne doit plus craindre de laisser passer cette affection ina-
de la confondre avec une autre.

es auxquels on reconnaîtra la péricardite, et que nous avons exposés en
haut, peuvent se résumer ainsi qu'il suit : douleur plus ou moins vive;
la région précordiale; matité pyriforme à la partie antérieure et gauche
ine, dans une largeur de 7 à 8 centimètres ou plus, et ordinairement très
haut en bas; battements du cœur profonds, s'entendant faiblement;
ratoire manquant dans le point occupé par la matité, reparaissant pro-
nt vers ses limites; accès de dyspnée et de palpitations.

es appartiennent à la pleurésie avec épanchement. S'il existait une pleu-
ou avec une très petite quantité de liquide entre des fausses mem-
isses et rugueuses, quelques-uns de ces signes pourraient manquer, et
s la voussure, la matité étendue, l'éloignement des bruits du cœur, en
out ce qui tient à un épanchement considérable; mais en revanche on
ur éclairer le diagnostic, les bruits de frottement avec leurs diverses

ant, *quelles sont les maladies que l'on pourrait confondre avec la péri-*
On a cité la *pleurodynie;* mais cette affection, qui consiste uniquement

arrière, il y aura affaiblissement du bruit respiratoire, souffle bronchique, etc. Dans un cas semblable, l'erreur est donc peu à craindre. Si l'épanchement du côté gauche de la poitrine était assez considérable pour occuper presque toute l'étendue de la plèvre et s'étendre à la partie antérieure, on n'aurait aucun doute sur l'existence de la pleurésie, mais on pourrait se demander s'il existe en même temps une péricardite. La marche de la maladie, la manière dont le liquide a envahi la plèvre; le niveau de ce liquide plus élevé en arrière qu'en avant, l'absence de palpitations, les battements du cœur à droite du sternum, par suite du roulement de cet organe, viendraient éclairer le diagnostic.

*Une pleurésie et une péricardite peuvent exister en même temps;* en pareil cas le diagnostic est plus difficile, mais il est loin d'être impossible, car M. Bouillaud a rapporté des observations où l'affection du péricarde a été très bien reconnue. La douleur particulière à la région précordiale ne serait pas suffisante pour lever les doutes, puisque, dans la pleurésie, il en existe une semblable et dans le même point. Ce n'est guère qu'en suivant attentivement la marche de la maladie et tenant compte de tous les signes qui existent à la région du cœur, qu'on arrive à ce diagnostic, qui, du reste, ainsi que le fait remarquer M. Bouillaud, n'a pas une extrême importance, puisqu'il n'influe pas sensiblement sur le mode de traitement à employer.

Une autre affection, qui pourrait donner lieu à quelques incertitudes, est l'*hydropéricarde;* mais nous exposerons ce diagnostic particulier lorsque nous aurons fait l'histoire de cette dernière affection. Nous renvoyons également après l'histoire de la *péricardite chronique* son diagnostic différentiel avec la péricardite aiguë.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

#### 1° *Signes positifs de la péricardite avec épanchement.*

Douleur à la *région précordiale.*
*Voussure* plus ou moins étendue dans le même point.
*Matité* pyriforme souvent très considérable *de la paroi antérieure* de la poitrine, du côté gauche.
*Absence du bruit respiratoire* dans ce point.
Battements du cœur *éloignés* de l'oreille, s'entendant faiblement.
*Accès* de dyspnée et de palpitations.
Parfois *lipothymies.*

#### 2° *Signes positifs de la pleurésie sèche avec fausses membranes épaisses et rugueuses.*

Douleur à la *région précordiale.*
*Frottement péricarditique.*
*Bruit de cuir neuf*, de *parchemin froissé*, de *râpe*, etc., ordinairement double et plus fort pendant le premier temps.
*Mouvement fébrile* plus ou moins intense.

### 3° *Signes distinctifs de la péricardite et de la pleurodynie.*

| PÉRICARDITE. | PLEURODYNIE. |
|---|---|
| *Matité* étendue. | *Point de matité.* |
| Bruits du cœur *éloignés.* | Bruits du cœur *voisins* de l'oreille. |
| *Absence du bruit respiratoire*, ou bien *frottement péricarditique.* | Bruit respiratoire *normal* ou seulement généralement *affaibli. Point de frottement péricarditique.* |

### 4° *Signes distinctifs de la péricardite et de la pleurésie avec épanchement médiocre.*

| PÉRICARDITE | PLEURÉSIE. |
|---|---|
| *Voussure* à la région précordiale. | *Point de voussure* à la région précordiale. |
| *Matité dans le même point.* | Matité *à la partie postérieure.* |
| *Bruits* du cœur *éloignés.* | Bruits du cœur *voisins* de l'oreille. |
| Affaiblissement ou absence du bruit respiratoire *en avant.* | Affaiblissement du bruit respiratoire ou respiration bronchique *en arrière.* |

### 5° *Signes distinctifs de la péricardite et de la pleurésie avec épanchement considérable.*

| PÉRICARDITE. | PLEURÉSIE AVEC VASTE ÉPANCHEMENT. |
|---|---|
| La matité apparaît et reste bornée *à la partie antérieure* de la poitrine. | La matité, existant d'abord *à la partie postérieure*, a gagné plus tard la partie antérieure. |
| *Palpitations* plus ou moins violentes. | *Point de palpitations*, à moins de circonstances particulières. |
| Bruits du cœur entendus *à la région précordiale*, quoique affaiblis. | Bruits du cœur *entendus à droite du sternum*, par suite du déplacement de l'organe. |

Ce dernier diagnostic est moins facile que les précédents; mais un examen attentif fera presque toujours triompher des difficultés.

*Pronostic.* — Pour établir le pronostic de la péricardite, il faut distinguer avec soin les cas dans lesquels cette affection survient chez des individus dans un bon état de santé, de ceux où elle vient compliquer d'autres affections; la différence est en effet bien grande. Dans le premier cas, la péricardite peut être regardée comme une affection légère; dans le second, au contraire, elle cause fréquemment la mort. Les médecins qui nous ont précédés la regardaient comme excessivement grave, mais c'est parce qu'ils ne connaissaient que les péricardites compliquées, et encore avec les complications les plus dangereuses, c'est-à-dire les affections chroniques de divers organes, et principalement du cœur. Il est facile de prouver cette assertion, car dans les recherches d'anatomie pathologique faites aux époques mêmes où l'on regardait la péricardite comme presque nécessairement mortelle, on trouvait néanmoins, dans un très grand nombre de cas, des adhérences anciennes du péricarde qui démontraient évidemment l'existence d'une inflammation qui s'était terminée favorablement.

Des observations de Hope il résulte que la péricardite a une assez grande tendance à se reproduire. Toutefois les récidives ne sont pas également fréquentes

dans toutes les circonstances; ainsi, lorsqu'à une péricardite aiguë a succé adhérence plus ou moins serrée du péricarde, la péricardite doit nécessai avoir moins de tendance à la récidive. Cependant, lorsqu'elle est une premi causée par un rhumatisme aigu, si celui-ci se reproduit, le sujet est exposé que Hope l'a encore remarqué, à une nouvelle attaque de péricardite.

La terminaison la plus heureuse est la résolution; mais, comme dans to affections des membranes séreuses, cette terminaison est rare. Dans presq les cas, on trouve une plus ou moins grande quantité de pseudo-membra tendent à se réunir et à faire adhérer plus ou moins fortement le cœur au carde. Lorsque ces adhérences sont légères, elles peuvent diminuer à la lo n'ont point de très grands inconvénients; la terminaison peut donc encore considérée comme heureuse. Mais, suivant Hope et M. Beau, il n'en est p même lorsque des adhérences très étendues, très fortes et très serrées, ré de la soudure et de l'organisation de fausses membranes très épaisses, car le ne retrouve pas la facilité de ses mouvements, et il peut en résulter des acc consécutifs fort graves, entre autres l'hypertrophie du cœur. C'est un point d' vation qui mérite de fixer de nouveau l'attention des médecins.

## § VII. — Traitement.

Le *traitement* de la péricardite n'a point donné lieu à des recherches très breuses, et Laennec l'a même entièrement passé sous silence. Nous ne sa chercher dans les auteurs anciens des remèdes contre cette maladie, puisque avons établi plus haut qu'ils méconnaissaient son existence dans le plus nombre des cas, et qu'ils ne dirigeaient leur traitement que contre des affe compliquées. Parmi les auteurs qui se sont occupés des maladies du cœur, qui ont présenté avec le plus de soin le traitement de la péricardite sont H M. Gendrin. Je vais exposer, d'après ces deux médecins, les moyens dirigés co l'inflammation du péricarde, en y ajoutant les particularités qu'on trouve quelques autres publications, et en particulier dans le mémoire de M. Hache plusieurs agents thérapeutiques ont été rigoureusement appréciés.

*Émissions sanguines.* — Tous les auteurs regardent les émissions sang comme ayant une très grande efficacité dans le traitement de la péricardite. recommande de les employer avec énergie, en les modérant toutefois suivant force des sujets. M. Bouillaud insiste encore davantage sur ce moyen qui selon lui, être proportionné à l'intensité de la maladie, à l'âge, à la force, au tem pérament, au sexe du sujet, aux complications, etc.

### SAIGNÉES, D'APRÈS M. BOUILLAUD.

Cet auteur établit en règle générale que, chez un sujet dans la force de l'âge atteint d'une péricardite intense, trois ou quatre saignées du bras, de trois et cinquante à cinq cents grammes, dans les trois ou quatre premiers jours, second par l'application de vingt-cinq à trente sangsues, ou de ventouses scarifiées réi rées deux ou trois fois, suffisent pour procurer la guérison. Il laisse d'ailleurs à sagacité des médecins le soin de déterminer les cas dans lesquels on doit rester en deçà ou bien aller au delà de ces limites.

ndrin insiste également sur l'emploi des saignées, mais il veut qu'aussitôt
mptômes inflammatoires sont tombés, on ait recours, suivant les cas, à un
mbre de médicaments, dont nous dirons quelques mots plus loin. Enfin
teur J. Taylor (1) avance que les saignées ne jugulent jamais la péricar-
s qu'elles en abrégent la durée d'autant plus qu'elles sont plus abondantes,
tées et pratiquées plus tôt.
it que, dans toutes ces appréciations, les faits n'ont point été analysés
nière rigoureuse, et que, par suite, les assertions des auteurs que nous
e citer manquent de précision. M. Hache, examinant avec plus d'attention
umis à son observation, a constaté que le plus souvent la saignée n'a pas
nce d'enrayer les progrès de la péricardite dans sa première période, mais
moins elle a une influence incontestable qui se fait d'abord sentir sur la
les palpitations, la dyspnée et le mouvement fébrile, et, en définitive,
urée totale de l'affection qu'elle abrége. Toutefois le nombre et l'abon-
s *saignées* pratiquées dans les cas dont il a recueilli l'histoire ne sont pas,
up près, aussi considérables que le veulent Hope et M. Bouillaud. Aussi
ne sont-ils pas absolument comparables, et doit-on attendre de nouvelles
ons.
u dans lequel on pratique la saignée est ordinairement le bras. Hope
ande d'ouvrir la veine largement, et le malade étant debout, afin de pro-
t syncope.
ploi de la saignée générale n'exclut pas les saignées locales. Trente, qua-
même un plus grand nombre de *sangsues*, sont le même jour, et quelque-
peu de temps après la saignée, appliquées à la région précordiale. On peut
r avantageusement, suivant M. Bouillaud, les sangsues par les *ventouses*
, de manière à enlever une quantité considérable de sang. Ces émissions
s locales réussissent à faire disparaître rapidement la gêne et la douleur qui
: la région précordiale.
it qu'il existe des congestions vers tel ou tel organe, une suppression des
n d'un flux, le praticien est naturellement porté à choisir le point affecté
plication des émissions sanguines locales. Mais quelle influence ces saignées
ont-elles sur la péricardite elle-même? C'est ce qu'il est très difficile de
er. Nous dirons seulement que, dans un cas observé par M. Hache, une
n de sangsues aux cuisses, pour suppléer aux règles, ne produisit aucune
tion immédiate; la résorption, en effet, ne commença que trois jours après,

ce que l'observation n'a point encore démontré. Les diurétiques le plus fré
ment employés sont le *nitrate* et l'*acétate de potasse* à haute dose. S
M. Aran (1), plusieurs péricardites avec rhumatisme auraient guéri sous l'in
du nitrate de potasse à haute dose; mais il aurait fallu, pour mettre le fait h
doute, se livrer à des recherches bien plus profondes sur la marche et la
de la maladie.

Quant aux prescriptions, nous renvoyons à ce qui en a été dit à l'article
*résie* (tome III), nous bornant à dire un mot en particulier de la *digitale*.
dicament, si généralement employé dans les maladies du cœur, a trouvé
dans le traitement de la péricardite. Suivant M. Gendrin, il faut bien prend
de l'administrer dans les cas où il y a prostration des forces; mais cette a
n'est accompagnée d'aucune preuve. Hope le prescrivait en l'associant à la t
de jusquiame, de telle sorte qu'il agissait en même temps sur les symptôm
diaques et sur les symptômes nerveux. Voici sa formule :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Teinture de jusquiame / Teinture de digitale. | ââ 15 à 20 gouttes. | Infusion de tilleul édulcorée.... 30 |

A prendre trois ou quatre fois par jour.

Cette dose ne doit évidemment être administrée qu'à des adultes, et en
faudra-t-il la prescrire qu'avec précaution, observant les effets d'une p
administration avant de passer à la seconde, car on pourrait déterminer d
ptômes d'empoisonnement. *Chez les enfants*, la dose de chacune de ces sul
sera de deux à dix gouttes, suivant l'âge. Hope recommande d'attendre que
lence des symptômes inflammatoires ait cédé avant de recourir à ce médic
mais cette assertion n'est pas plus appuyée sur les faits que celle de M. Gen

*Purgatifs.* — Les purgatifs, moins souvent employés, ont été administr
remplir deux indications différentes : 1° Lorsqu'il existe des signes d'embarr
trique, on cherche seulement à débarrasser le tube intestinal, ou bien à re
ventre libre quand il y a constipation. Le purgatif employé par Hope dans
consiste en :

| | |
|---|---|
| ℞ Follicules de séné........ 12 gram. | Sulfate de soude... ......... 16 g |

Faites infuser dans :

Eau bouillante........................ ....... 500 gram.

2° Lorsque l'on veut agir sur le tube intestinal de manière à produire un
sion et à favoriser la résorption de l'épanchement, on insiste davantage sur
gatifs, et l'on emploie plus particulièrement les drastiques; la *coloquinte*
seillée par Hope. On peut la réunir à la scille, qui a également une actio
canal intestinal, et former les *pilules* suivantes, appelées *hydragogues :*

| | |
|---|---|
| ℞ Extrait de coloquinte...... 10 gram. | Scille.................. 12 g |

Faites 100 pilules, dont on prendra une matin et soir, en ajoutant tous les deux
cette dose une pilule, jusqu'à ce qu'on en prenne sept ou huit.

(1) *Manuel pratique des maladies du cœur*, p. 101.

, mais encore sur les symptômes nerveux et spasmodiques. Cette dernière
est saisie avec beaucoup de soin par M. Gendrin ; il insiste fortement
nité de combattre ces accidents nerveux, contre lesquels il n'a pas trouvé
plus efficace que le *musc*, dont il donne *un et deux grammes* dans les
tre heures. Dans les mêmes circonstances, cet auteur emploie l'*opium*,
ffets lui paraissent plus sûrs que ceux du musc, quand les *épiphénomènes*
*la forme spasmodique que la forme délirante.* Il élève la dose du mé-
jusqu'à *quinze*, *vingt* et même *vingt-cinq centigrammes* dans les vingt-
ures, et affirme qu'il n'a point vu d'accident grave survenir à la suite de
ration de ces doses élevées, dans les cas où il existait un mouvement
rqué. Mais nous dirons qu'en examinant les observations, nous n'avons
vé les symptômes qui, d'après M. Gendrin, exigeraient une semblable
n, si ce n'est dans des cas compliqués où l'on pouvait attribuer ces acci-
aussi bien à la maladie préexistante qu'à la péricardite, en sorte qu'il est
ile de savoir quelle est la valeur de ces médicaments dans le traitement de
ière affection.

*fs.* — Les vomitifs ne sont point ordinairement employés dans la péricar-
e se contente de dire que le *tartre stibié*, donné toutes les deux heures à
'*un centigramme*, *ou moins encore*, peut être employé avec avantage.
ons donc rien de positif sur ce point.

*riaux.* — Mais il est une autre médication qui a été fortement préconisée
terre, nous voulons parler de l'emploi du mercure. Ce médicament,
é en 1783 comme antiphlogistique par le docteur Hamilton, a été spécia-
pliqué à la péricardite par Hope. Il est principalement mis en usage lors-
oyens antiphlogistiques ordinaires sont devenus inutiles, et lorsque la
araît faire toujours des progrès vers la terminaison fatale. Toutefois un
gré d'inflammation ne doit pas, suivant Hope, empêcher d'y avoir recours.
r emploie ordinairement le *calomel* ou les *pilules bleues*, d'après les for-

vant Hope, *cinquante centigrammes de calomel avec un décigramme d'opi* la première dose; puis on donnerait *quinze centigrammes du sel mercu* *trois centigrammes d'opium* toutes les trois heures.

Outre l'administration à l'intérieur de ce médicament mercuriel, Hope encore de faire dans le creux de l'aisselle, ou au pli de l'aine, une friction soir avec *dix à trente grammes d'onguent napolitain.* Mais, ajoute-t-il, ter une salivation inutile, on n'emploiera la dernière quantité que trois fois. D'après lui, les symptômes sont manifestement amendés au moment l'action du remède se fait remarquer sur la bouche, surtout si une salivat che survient dans les trente ou quarante premières heures. On devra en pendant une semaine au plus, cet état irritable des gencives, si les symptôm pas entièrement disparu.

Tels sont les préceptes de Hope; mais, d'un autre côté, M. Gendrin aucune confiance à cette médication. Quel parti prendre dans cette d'opinions? Nous nous bornerons pour toute réponse à indiquer que, d recherches de M. le docteur J. Taylor (1), les cas dans lesquels les mercu été donnés dans les quatre premiers jours ont eu une durée moyenne m cinq jours que ceux où cette administration a été faite plus tard. C'est moyen à expérimenter de nouveau.

*Irritants cutanés.*—Pour favoriser la résolution de l'épanchement péric on a employé, surtout dans ces derniers temps, des *vésicatoires* sur la ré cordiale. Ils sont recommandés par Hope et par M. Bouillaud, mais aucu sisté aussi fortement que M. Gendrin sur la nécessité de leur application. miers se contentent, lorsque les symptômes fébriles commencent à d'appliquer un ou deux vésicatoires de médiocre étendue; mais M. Gen qu'on les multiplie suivant la violence de la maladie, et qu'on leur donn une étendue considérable. La grande acuité de l'affection n'est point pou raison de proscrire ce moyen; au contraire, il veut alors qu'on l'emploie de persévérance, affirmant que jamais ces applications n'ont eu d'inconvén et que leurs avantages sont prouvés par les nombreux faits cliniques qu'il vés. Il est bien fâcheux que ces auteurs, et surtout M. Gendrin, n'aient po l'analyse des observations sur lesquelles ils se sont fondés; car, dans ces thérapeutiques, il est une multitude de circonstances qui peuvent échappe le plus attentif, et faire croire à une efficacité plus apparente que réelle nous avons dit dans le troisième volume (page 41), sur l'emploi des vé dans la pneumonie et la pleurésie, s'applique à la péricardite. Toutefois ce tion étant accompagnée d'un mouvement fébrile moins intense, il est plus bable que l'action des vésicatoires a moins d'inconvénient. Les frictions avec le *baume opodeldoch*, avec l'*huile de croton tiglium*, la *pomma* *tenrieth*, etc., remplissent la même indication.

Une action excitante plus douce, mais plus générale, est celle que prod *bains sulfureux.* M. Gendrin accorde une grande confiance à ce moyen; même que dans tout le reste de l'article qu'il a consacré au traitement, il d'autres preuves en faveur de ce médicament que sa propre opinion, ce qu jours insuffisant en matière de thérapeutique.

(1) *Loc. cit.*

*sédatifs.* — C'est encore M. Gendrin qui a préconisé les topi
principalement les *topiques sédatifs froids ;* il y a recours lorsque les
nt très intenses, les palpitations très violentes et l'anxiété très vive. Ces
sistent dans des applications d'*eau très froide*, ou mieux encore d'une
laquelle on a mis de la *glace*. D'après M. Gendrin, l'effet direct du
de diminuer immédiatement les douleurs locales, de calmer les batte-
ultueux du cœur et l'anxiété extrême du malade. « Le plus souvent
te-t-il, il déprime en peu de temps la violence de l'état fébrile, et abaisse
du pouls au-dessous de son rhythme normal. » M. Gendrin, toutefois,
pas comme démontrée l'innocuité de cette médication ; il recommande
prudence dans son emploi, et l'on doit, en effet, agir avec d'autant plus
ection, que la valeur de ce moyen est fort douteuse.
prescrit, dans tous les cas, des *moyens adjuvants* qui ne sont autre
es émollients et les adoucissants pris à l'intérieur. Ils sont applicables à
de péricardite.
ment est, comme on le voit, assez riche; mais malheureusement, à
de M. Hache, il n'est aucun auteur qui ait cru devoir procéder, dans
cette importante question, avec une méthode rigoureuse. Aussi faut-il
seul moyen dont l'efficacité soit parfaitement démontrée, quoiqu'elle
este que dans certaines limites, est la saignée générale ou locale, et prin-
la première. Les autres ont pour eux l'opinion de médecins versés dans
re, mais non un relevé exact d'observations concluantes. C'est au prati-
cet état de choses, à appliquer ces médicaments suivant qu'ils lui paraî-
ués, et aux observateurs à nous faire connaître la confiance que l'on doit
ler en définitive. Qu'on n'oublie pas seulement que la péricardite simple
llement à la guérison, et qu'il est par conséquent inutile de fatiguer les
r un grand nombre de remèdes.
ons maintenant présenter le traitement de Hope, dont nous avons indi-
vrai, les principaux moyens, mais non dans l'ordre où ils doivent être
ordre que néanmoins l'auteur regarde comme très important.

### TRAITEMENT DE HOPE.

nées abondantes ne doivent être employées que dans les cas intenses et
jets d'une forte constitution. Dans le cas contraire, il suffit quelquefois
e saignée générale ou d'une application de ventouses scarifiées pour
premiers symptômes et pour permettre d'employer les remèdes suivants :
même que l'on pratique les émissions sanguines, on doit mettre en
ivements purgatifs et le calomel uni à l'extrait de coloquinte et de jus-
es moyens sont aidés par l'administration de boissons dilutives et diuré-
mme la suivante :

| | |
|---|---|
| ate acidulé de potasse 5 à 6 gram. | Sirop des cinq racines....... 45 gram. |
| imple............ 500 gram. | |

e par grands verres.

e ces moyens auront produit leur effet, c'est-à-dire lorsque les symptômes

inflammatoires auront en partie disparu, on aura recours au mercure (voy. p. 233), puis aux vésicatoires, répétés rapidement et renouvelés jusqu'à trois ou quatre fois. Enfin on prescrira le mélange de teinture de jusquiame et de digitale indiqué plus haut (voy. p. 232).

*Résumé, ordonnances, précautions générales.* — Ainsi donc, après les émissions sanguines, il n'est aucun médicament qui ne nous laisse quelque doute sur le degré de son efficacité; il en est même quelques-uns, tels que les vésicatoires et les applications froides, qui peuvent inspirer quelque crainte aux praticiens prudents. Les vésicatoires ne doivent être mis en usage qu'au moment où le mouvement fébrile a complétement disparu.

Avant d'indiquer les principales ordonnances relatives aux cas les plus importants, exposons les précautions générales à prendre et le régime à suivre.

### PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES ET RÉGIME A SUIVRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PÉRICARDITE.

1° Maintenir les malades à l'abri des variations de température.

2° Éviter toutes les causes d'émotions morales, ainsi que toutes celles qui peuvent produire une accélération de la circulation.

3° Faire coucher les malades dans une position telle que la tête soit notablement élevée, afin d'éviter la suffocation.

4° Pour régime, diète sévère dans la période d'acuité de la maladie; alimentation très légère, et abstinence de mets et de boissons excitantes dans le reste de son cours.

#### Ire Ordonnance.

CHEZ UN ADULTE VIGOUREUX, DANS UN CAS DE PÉRICARDITE AIGUE INTENSE.

1° Pour tisane, légère décoction de graine de lin ou de chiendent.

2° Une ou plusieurs saignées de 300 à 400 grammes dans les premiers jours de la maladie, en commençant aussitôt qu'on est appelé auprès du malade. Une ou plusieurs applications de quinze à vingt-cinq sangsues, ou de huit ou dix ventouses scarifiées sur la région précordiale.

3° Lavement purgatif ou légers minoratifs.

4° ℞ Eau de laitue........ 120 gram.
Teinture de digitale. de 15 à 20 gout.
Sirop de pointes d'asperges... 30 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

5° Diète absolue.

#### IIe Ordonnance.

DANS LE CAS D'ÉPANCHEMENT CONSIDÉRABLE, LES SYMPTÔMES FÉBRILES AYANT DISPARU.

1° Pour tisane :

℞ Eau d'orge............. 500 gram.
Nitrate de potasse.. de 5 à 10 gram.
Sirop des cinq racines.......... 40 gram.

A prendre par grands verres.

**s avec la teinture de digitale sur la région précordiale.**
**tion, dans** le même point, d'un ou de plusieurs vésicatoires volants.
**s plus ou moins énergiques.**
**ments,** quelques tasses de bouillon, ou seulement un ou deux potages.

#### IIIe Ordonnance.

ANS UN CAS OU IL EXISTE UNE GRANDE DÉPRESSION DES FORCES.

**isson,** infusion légère de gentiane, d'absinthe, de houblon, etc., **nt** édulcorée.
**ir** des diurétiques et des hydragogues.
principalement sur les vésicatoires.
ulfureux et alcalins.
légèrement fortifiant et tonique.

ière ordonnance est principalement fondée sur les assertions de et nous n'avons pas besoin de répéter que, n'ayant point pour elle la aits suffisants, elle ne doit être considérée que comme un renseigneu praticien, qui jugera si le cas soumis à son observation peut comblables moyens.

ultiplierons pas ces ordonnances, parce qu'il n'est pas démontré que uliers dans lesquels on a prescrit les autres moyens ne soient pas des cation, et que par conséquent la médication ne s'adresse pas d'une mare à la péricardite. Nous ajouterons seulement que chez les enfants n doit remplacer la saignée par les émissions sanguines locales, et a moins jusqu'à ce que de nouveaux faits soient venus nous éclairer, ns de larges vésicatoires qui pourraient occasionner une trop grande

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

sanguines; diurétiques, digitale, narcotiques, antispasmodiques; purriaux; révulsifs, dérivatifs; topiques sédatifs et réfrigérants; moyens

## ARTICLE II.

### PÉRICARDITE CHRONIQUE.

rdite chronique a été beaucoup moins bien étudiée par les auteurs que e aiguë. Cela tient sans aucun doute à ce que cette affection, ne déterles symptômes très marqués et étant le plus souvent liée à d'autres cœur dont les caractères sont plus frappants, l'attention des médecins suffisamment fixée sur elle. Nous allons exposer, en peu de mots, ce ons de plus positif sur cette affection, qui n'est pas très rare.

#### § I. — Définition, espèces.

ue deux sortes de péricardites chroniques, qui néanmoins ne diffèrent ement entre elles par leurs signes. L'une n'est autre chose que la péri-

cardite aiguë, dont les symptômes primitifs se sont dissipés pour faire place à des symptômes à marche chronique ; l'autre, au contraire, commence lentement, sourdement, et est chronique dès son début.

### § II. — Causes.

Parmi les *causes* de la seconde espèce de péricardite, la seule dont l'existence soit fondée sur l'examen des faits, on trouve d'abord la *coexistence d'une autre affection du cœur ;* mais aucun relevé numérique ne nous a appris dans quelle proportion on la rencontre dans les diverses lésions de l'organe circulatoire. M. Bouillaud (1) est le seul qui ait rassemblé quelques faits dans le but d'étudier cette cause ; mais les observations qu'il a réunies ne sont pas encore suffisantes pour démontrer quel est le rapport qui existe entre les lésions de la membrane interne ou du tissu même du cœur, et la péricardite à l'état chronique.

On a cité quelques exemples de péricardite chronique liée à la *production de la matière tuberculeuse* dans le tissu sous-séreux, faits que l'on peut comparer à ce que l'on observe quelquefois dans le péritoine et dans la plèvre ; nous avons vu un cas remarquable qui a été présenté il y a quelques années à la Société anatomique, et nous avons cité plus haut (voy. p. 219) l'opinion du docteur Burrows à ce sujet. Les autres productions accidentelles, telles que le *cancer*, les *kystes séreux*, donnent lieu à une inflammation du péricarde qui, à une certaine époque du moins, tend à prendre une marche chronique. Quant aux *ulcérations*, aux *érosions*, etc., que nous avons indiquées plus haut, il faut bien se garder de prendre pour la cause de la maladie des lésions qui peuvent n'en être que les effets. Tels sont les renseignements peu nombreux que nous avons sur les causes de cette grave affection.

### § III. — Symptômes.

Les *symptômes* sont évidents ; on les découvre sans peine lorsque l'exploration est faite d'une manière complète ; mais souvent ils passent inaperçus, parce que le malade, n'éprouvant, dans le plus grand nombre des cas, aucune sensation bien marquée, n'appelle pas l'attention du médecin sur la région précordiale.

Il n'est pas rare de voir la *douleur* manquer complétement, et lorsque le malade se plaint de quelque sensation particulière, c'est plutôt d'un *embarras*, d'une *gêne* dans la région du cœur, que d'une douleur véritable. Mais les signes fournis par la percussion et l'auscultation n'en sont pas moins aussi précieux que dans les cas de péricardite aiguë. Une *matité* plus ou moins étendue, car il existe toujours un épanchement d'une abondance variable enveloppé de fausses membranes souvent très épaisses ; une *résistance* marquée sous le doigt qui percute ; ordinairement le *défaut* ou la *faiblesse de l'impulsion* du cœur ; l'éloignement dans lequel se font entendre les bruits normaux, leur *faiblesse*, à moins de circonstances particulières ; des *bruits anormaux* semblables à ceux que l'on observe dans la péricardite aiguë lorsqu'il existe des fausses membranes épaisses et rugueuses, tels sont les signes qui font reconnaître une affection du péricarde, dont la marche lente et l'absence de symptômes de réaction violente démontrent la chronicité.

(1) *Traité des maladies du cœur*, 2[e] édit. Paris, 1841, t. I, p. 391.

nt à ces signes, pour compléter le tableau symptomatologique, l'inter-
l'irrégularité du *pouls*, sa fréquence un peu augmentée, la pâleur, la
de la face, l'infiltration des membres; mais il faut prendre garde de
mi les signes de la péricardite chronique des symptômes qui peuvent
à une affection concomitante du cœur, et surtout à une lésion des

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Chomel, la maladie présente ordinairement dans son cours des alterna-
mission et d'exacerbation. Que se passe-t-il alors? Une nouvelle inflam-
me se produirait-elle dans une plus ou moins grande étendue de la cavité
de? C'est ce qu'il est permis d'admettre, au moins dans quelques cas; car
, chez certains sujets, un mélange de fausses membranes récentes et
qui annonce une ou plusieurs recrudescences de l'affection.
le même auteur, la *durée* de la péricardite chronique peut varier de six
à deux et trois mois; mais les observations prouvent que dans quelques
il est vrai, l'affection peut avoir une durée notablement plus longue. Il
assez grande incertitude sur la *terminaison*. Chomel pensait que, comme
lite aiguë, la péricardite chronique guérit dans un certain nombre de cas.
ait qu'on ne peut guère vérifier dans les observations que nous ont laissées
s, et qui ne pourra l'être que lorsque l'on aura suivi pendant longtemps
examinés attentivement à des époques peu éloignées.

### § V. — Lésions anatomiques.

ssez difficile de déterminer d'une manière rigoureuse quelles sont les
i appartiennent en propre à la péricardite chronique. Dans plusieurs cas,
on ne sait si l'épanchement plus ou moins considérable qu'on rencontre
ort appartient à un retour à l'état aigu, ou s'il s'est produit au moment
die prenait le caractère chronique. Quant aux fausses membranes, elles
tre dues à l'existence d'une péricardite aiguë qui se serait dissipée en
rès elle ces traces de son existence.
ant, si l'on trouve sur la surface du péricarde des fausses membranes
leuses, moins fines que les tractus celluleux qui constituent les adhérences
, renfermant entre elles une certaine quantité de liquide trouble, flocon-
s ou moins purulent, on doit reconnaître que ces lésions appartiennent à
lite chronique. Quant aux plaques blanches, laiteuses, cartilagineuses,
etc., lorsqu'elles sont réellement dues à une inflammation et non aux pro-
ge (1), elles résultent presque toujours d'une inflammation aiguë qui les a
rès elle. Lorsque ces diverses lésions se trouvent autour de productions
anciennes, telles que les productions tuberculeuses et cancéreuses, elles
ralement chroniques, comme la cause qui les a produites.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

ygnostic de la péricardite chronique ne diffère pas sensiblement de celui

(1) ...d, *loc. cit.*, p. 347.

de la péricardite aiguë; il est seulement plus difficile, à cause de l'absence (
sieurs symptômes généraux et locaux qui servent à attirer l'attention des
cins sur la seconde. Mais il suffit de se rappeler les signes indiqués plus haut
sure, matité étendue, éloignement des bruits du cœur, bruits anormaux, etc
voir que dans les cas où on la recherche, elle peut assez aisément être re
.Parfois une pleurésie également chronique vient augmenter encore l'obsc
diagnostic.

Ce que nous avons dit de la terminaison prouve qu'on ne peut pas se pr
d'une manière positive sur le *pronostic*. Il est seulement permis de di
général ce pronostic est grave, et qu'en particulier, lorsque l'affection es
par des lésions organiques, telles que les tubercules et le cancer, la mal
nécessairement mortelle.

### § VII. — Traitement.

Dans le *traitement* de la péricardite chronique, on a mis en usage (
moyens un peu différents de ceux qui ont été mentionnés dans l'histoire de
cardite aiguë.

Ainsi les vésicatoires sont généralement remplacés par les *cautères*, les
les *sétons*, dont l'action est plus énergique et plus prolongée.

Hope a conseillé l'emploi du *mercure*, mais à des doses modérées, afin
voir en continuer plus longtemps l'administration. Chomel recommandait l
*tions mercurielles*, qui, disait-il, avaient plusieurs fois paru produire d
avantageux.

M. Gendrin veut que, dans les cas où les malades sont fatigués par une
tion débilitante, on ait recours aux boissons alcalines, au *sous-nitrate de b*
combiné avec l'opium, à l'extrait de *noix vomique* donné à petites doses
soit à la poudre de digitale, soit à l'opium. En même temps il conseille d'a
trer les *toniques* et les *amers*, comme l'*infusion* et l'*extrait de quinquin*
*gentiane;* de pratiquer des *frictions sèches* ou avec des *liniments stimul*
de prescrire les *bains alcalins et sulfureux*.

Enfin tous recommandent un *repos presque absolu*, un *régime doux*,
ments de digestion facile, mais suffisants pour entretenir les forces du mal

Malheureusement on n'a pas cité un seul fait qui prouve que ce traite
eu pour résultat, nous ne dirons pas une guérison solide, mais une amé
notable, quoique passagère. D'après ce que nous voyons dans les autres
chroniques les plus graves, on est sans doute porté à penser que ces moyen
particulier le repos et le régime, ont quelques avantages; mais, à cet éga
n'avons que des probabilités. Il serait donc inutile d'insister plus longue
cette affection, et d'entrer dans des détails qui seront facilement suppléés
périence du praticien.

## ARTICLE III.

### HYDROPÉRICARDE.

Si, à l'imitation de la plupart des auteurs, on regardait comme des cas d
péricarde tous ceux où l'on trouve un épanchement de sérosité limpide
moins altérée, il serait facile de rassembler un très grand nombre d'exem

le principe les phénomènes durent longtemps, il faut reconnaître, avec [ue nous] venons de citer, qu'il s'agit d'autre chose (1) que d'une angine [..]e, et que si on les a pris pour tels, c'est que le diagnostic n'avait pas été des bases assez solides.

ement à la circulation, il faut distinguer, et sous ce point de vue plus que autre, les cas compliqués des cas non compliqués. Dans les cas non és, le pouls est, pendant les accès de longue durée surtout, un peu fré-rré, mais sans régularité ni intermittences; dans les cas compliqués de lu cœur, au contraire, le pouls présente tous les phénomènes patho-qui appartiennent aux affections de cet organe. C'est faute d'avoir tenu e cette distinction que beaucoup d'auteurs ont attribué l'angine de poi-ne maladie du cœur ou des gros vaisseaux, tandis qu'un examen attentif pas, comme on le verra plus loin, faire admettre une pareille manière

n certain nombre de cas, on a observé, surtout vers la fin de l'accès, des *ns*. M. Lartigue (2) ne voit dans ce phénomène qu'un effet sympathique nastomoses des nerfs affectés avec les nerfs de l'estomac.

chez un certain nombre de sujets, on a remarqué quelques troubles légers *étion urinaire* et un peu de gêne dans la vessie; mais ces symptômes ont portance.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

ription précédente pourrait presque nous dispenser de parler de la marche ladie. Le début est brusque, et, comme nous l'avons dit, l'intermittence anchée, de telle sorte que dans les intervalles les malades paraissent jouir s parfaite santé. A mesure que la maladie fait des progrès, les *accès* se

les plus fréquents. Ajoutons toutefois que les nombres sur lesquels a été dressé ce tableau sont très peu considérables. Dans cinq cas terminés par la guérison, la maladie a duré de quelques mois à deux ans.

La mort est la *terminaison* que l'on observe le plus souvent dans l'angine de poitrine. Dans les cas simples, et dans ceux où la maladie est compliquée d'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux, la mort est assez souvent *subite* ou presque subite. Dans les autres, les malades succombent entre deux accès, après avoir présenté des symptômes graves. Dans un petit nombre de cas, on obtient une amélioration marquée qui permet aux malades de vivre encore longtemps, sans grande incommodité. Enfin, chez quelques sujets, on a constaté la guérison, et dans quelques-uns des cas de ce genre, on a signalé comme coïncidence remarquable l'apparition d'un *gonflement du testicule.*

§ V. — Lésions anatomiques.

De nombreuses lésions anatomiques ont été trouvées chez les sujets qui ont succombé à l'angine de poitrine. On a noté l'ossification des artères coronaires (Black, Parry, Kreysig), une lésion organique du cœur (hypertrophie, ossification, cartilaginification, etc.), des artères (ossification, cartilaginification, inflammation); la stase du sang dans le cœur, le développement du foie, l'ossification des cartilages costaux, des épanchements dans le péricarde et les plèvres.

La variété et la multiplicité de ces lésions sont déjà de nature à nous faire douter de leur valeur. On en doute bien plus encore quand, en examinant les faits, on voit que beaucoup de cas dans lesquels ces lésions ont été trouvées n'étaient pas des angines de poitrine : nous citerons, par exemple, les observations de M. Corrigan (1), dans lesquelles on a constaté l'existence d'une aortite, mais dans lesquelles aussi l'existence de l'angine de poitrine est loin d'être évidente, comme nous l'avons fait voir ailleurs (2). Ces doutes prennent plus de force encore lorsque l'on se rappelle un fait cité par M. Gintrac, et dans lequel l'angine a guéri, bien que l'affection de l'aorte, à laquelle on aurait pu la croire liée, ait persisté.

Enfin, et c'est là un argument péremptoire, on a vu des cas dans lesquels aucune des lésions qui viennent d'être indiquées n'ont été rencontrées.

Il résulte de tout cela que l'angine de poitrine est une névrose qui, par ses caractères, se rapproche des névralgies, et que, pour cette raison, plusieurs auteurs l'ont rangée parmi les *névralgies anomales.*

Maintenant, quel est le siége de cette affection? On est porté à le placer, avec Laennec et M. Lartigue, dans les *nerfs cardiaques;* mais, pour que le fait fût hors de toute contestation, il serait nécessaire d'avoir une analyse de faits mieux observés, et rapportés avec plus de détails que le plus grand nombre de ceux que nous possédons. Parfois la maladie envahit, soit en même temps, soit successivement, le nerf pneumogastrique et les nerfs cervicaux et intercostaux; il y a alors réunion de plusieurs affections nerveuses (névralgie anomale des nerfs cardiaques et pneumogastriques, et névralgie des nerfs cervico-brachiaux et dorso-intercostaux). Telle est la manière dont l'affection nous paraît devoir être considérée dans

(1) *Archives gén. de méd.*, 3ᵉ série, 1838, t. I, p. 71.
(2) *Ibid.*, p. 81.

l'état actuel de la science. Quant aux complications trouvées du côté du cœur et de l'aorte, elles peuvent être regardées comme des causes prédisposantes ou excitantes de la maladie, mais non comme essentiellement liées avec elle.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous avons vu, dans le cours de cet article, que de nombreuses erreurs de diagnostic ont été commises; mais cela vient de ce que les caractères essentiels de l'angine de poitrine n'ont pas été toujours rigoureusement appréciés. Il fut surtout une époque où presque toutes les affections suffocantes étaient regardées comme des cas de cette affection : ce fut peu de temps après l'apparition du mémoire de Heberden. Wichmann s'exprime en ces termes à ce sujet : « Aussitôt que quelqu'un se plaint d'une gêne, d'une constriction de la poitrine ou d'une courte haleine, on désigne tout de suite l'angine de poitrine, et l'on écrit une observation sous ce nom. » Il est évident qu'avec une semblable préoccupation, on devait fréquemment se tromper.

Mais que l'on se rappelle les caractères précédemment décrits, et l'on ne tombera plus dans de semblables erreurs. Que l'on n'oublie pas surtout que l'accès survient tout à coup, qu'il est caractérisé par une douleur poignante qui force le malade à s'arrêter et qui ensuite l'abandonne en un instant, et, en y réfléchissant, on verra qu'aucune autre affection ne ressemble parfaitement à celle-là. Nous avons vu, il est vrai, la névralgie dorso-intercostale donner lieu à des phénomènes à peu près semblables; mais, ainsi que le fait remarquer M. Lartigue, il n'y avait pas identité parfaite. Lorsque l'angine existe avec d'autres affections, le diagnostic demande un peu plus d'attention; mais il n'est pas difficile de faire la part des deux maladies. La dyspnée pour l'*asthme nerveux*, les points douloureux pour les *névralgies thoraciques*, *cervico-brachiales*, n'empêchent pas l'angine de poitrine d'avoir ses caractères propres. Toutefois il serait nécessaire, pour que toute obscurité sur ce point fût dissipée, que de nouveaux faits fussent recueillis et étudiés avec toute la rigueur de l'observation moderne.

*Pronostic.* — D'après ce que nous avons dit plus haut, le pronostic de l'angine de poitrine, envisagé d'une manière générale, est très grave. Il l'est un peu moins dans les cas d'angine purement nerveuse ou idiopathique que dans les cas compliqués d'une affection organique.

### § VII. — Traitement.

C'est surtout pour l'appréciation du traitement de l'angine de poitrine qu'il serait nécessaire d'avoir une analyse bien faite d'un nombre suffisant de faits bien caractérisés, et malheureusement le peu de précision du diagnostic, dans beaucoup de cas, s'oppose à ce que l'on puisse encore tracer avec précision les règles à suivre dans cette médication.

*Émissions sanguines.* —Plusieurs auteurs ont préconisé les émissions sanguines; mais, ainsi que le fait remarquer M. Lartigue, tout porte à croire que l'on aurait tort d'y avoir recours dans les cas d'angine purement nerveuse, soit pendant l'accès, soit dans l'intervalle. Dans les cas compliqués, on peut, au contraire, être autorisé à les employer; c'est au médecin à juger de leur opportunité.

*Narcotiques.* — Les narcotiques ont de très bons effets dans presque to
cas ; aussi sont-ils très vivement recommandés. L'*opium* est fréquemment 
usage ; il faut l'administrer à doses croissantes.

Le docteur Batten (1) recommande spécialement la *belladone.* La *jusqui*
*poudre de Dower* (Jurine), l'*eau distillée de laurier-cerise* (Pitschaft), so
nées dans le même but, et l'on a cité des cas où l'on a obtenu une amél
marquée par l'emploi des *sels de morphine par la méthode endermique.*
singer (2) associait l'extrait de *laitue vireuse* à la digitale, de la manière sui

℞ Extrait de laitue vireuse. 0,10 gram. | Extrait de digitale......... 0,03 g

A prendre toutes les deux heures, lorsqu'on a lieu de redouter l'apparition de l'a
lorsqu'il s'est produit.

*Antispasmodiques.* — La liste des antispasmodiques administrés contre l
de poitrine est très longue. Wichmann et Jurine recommandent la poudre d
*riane ;* Perkins donnait le *sulfate de zinc* uni à l'opium, ainsi qu'il suit :

℞ Sulfate de zinc......... 0,05 gram. | Opium................. 0,02 g

Prendre cette dose matin et soir.

Viennent ensuite le *musc* (Récamier), l'*asa fœtida*, le *castoréum*, le *ca*
l'*acide cyanhydrique*, etc.

*Toniques, antipériodiques, ferrugineux.* — Nous nous contentons d'i
ces moyens, qui ne doivent pas être prescrits dans les cas d'angine de poitri
pliquée d'une maladie organique du cœur. On prescrit le *quinquina*, le *su*
*quinine*, le *carbonate*, le *sulfate de fer*, etc.

*Excitants.* — C'est surtout pendant l'accès que l'on a recours à ces 
ments. C'est ainsi que Heberden (3) donnait, pendant l'accès, des *liqueurs*
*tueuses*, du *vin*. On a encore prescrit l'*ammoniaque*, l'*eau de mélisse*, *de*
l'*éther*.

*Vomitifs.* — Les vomitifs, et surtout l'*émétique*, sont recommandés p
sieurs auteurs, et en particulier par Parry, dans les accès violents ; mais il 
de croire que, dans les cas où ils ont eu un succès notable, il s'agissait pri
ment d'accès d'asthme accompagnés de douleur thoracique.

*Nitrate d'argent.* — Le nitrate d'argent a été d'abord employé par Capp
tard, les docteurs Harder et Zipp (4) ont eu recours à ce moyen ; mais on n
avec le peu de faits que nous connaissons, se prononcer sur son efficacité,
que l'on connaît ses inconvénients ; c'est pourquoi nous n'y insistons pas.

La *solution arsenicale de Fowler* est recommandée par Alexander et le d
Harless. Le premier l'administrait à la dose de six gouttes, trois fois par jour
une potion cordiale. On peut faire, au sujet de ce médicament, les mêmes r
ques que pour le précédent.

(1) *The Lancet*, juin 1834.
(2) *Hufeland's Journ.*, 1819.
(3) *Loc. cit.*
(4) Voy. *Vermischt. Abhand.*, etc. Pétersbourg, 1830.

...n nous signalerons les *sudorifiques*, administrés par ceux qui regardent la ...e comme étant de nature rhumatismale.

...l'extérieur, on a appliqué des *vésicatoires*, des *cautères*, des *moxas*, sur les ...douloureux de la poitrine. On a fait pratiquer des frictions avec un *liniment* ...*iacal*, avec la *pommade d'Autenrieth*, etc. Dans les cas où l'on a réussi, ...it-il réellement de l'angine de poitrine ou d'une névralgie thoracique? C'est ...l est difficile de déterminer. Toujours est-il que, lorsque la névralgie tho...e existe, soit à titre de complication, soit autrement, ces moyens peuvent ...tiles.

...docteur Hannon (1) vit un accès durant depuis cinq heures s'arrêter immé...ent après l'application d'un *cataplasme très chaud sur la colonne vertébrale*; ...yen, employé plus tard chez le même malade à plusieurs reprises, a constam... réussi. Mais encore, dans ce cas, s'agissait-il bien d'une angine de poitrine? ...gue durée de l'accès fait penser le contraire.

...s un cas où les accès revenaient régulièrement cinq ou six fois par jour, ... avoir pratiqué sans succès aucun onze saignées M. Belleti, (2) fit prendre ...*fate de quinine* à la dose de 30 centigrammes par jour. L'amélioration ...s plus marquées; les accès disparurent. N'était-ce pas une névralgie inter...nte?

... le docteur Carrière (3) cite un cas remarquable de guérison par l'emploi du ...*oforme* : quelques inspirations de l'agent anesthésique arrêtaient immédiate... les accès; ensuite ceux-ci devinrent plus rares, et finirent par disparaître ...ètement. Ajoutons néanmoins que le malade prenait chaque jour une infusion ...ériane en lavements et en boissons et douze des pilules suivantes :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valérianate de zinc...... | 0,60 gram. | Poudre de ciguë........... | 0,75 gram. |
| Extrait de belladone..... | 0,30 gram. | Extrait de valériane........ | 3 gram. |

...s. a. trente pilules.

...L. Lebreton (4) obtint, dans un cas, une amélioration évidente par l'emploi de ...*ant*. Laennec (5) dit avoir réussi souvent à diminuer les douleurs en faisant ...quer deux plaques d'acier fortement aimantées, d'une ligne d'épaisseur, l'une ...la région pectorale gauche et l'autre sur la partie opposée du dos, de manière ...les pôles fussent opposés. Si le soulagement était peu marqué, il faisait appli... un petit vésicatoire sous la plaque antérieure.

...s *bains froids* ou *tièdes* sont d'un usage fréquent. Morgagni conseillait l'im...ion du bras douloureux dans l'eau chaude, avant ou pendant l'accès.

...s *cautères* aux membres inférieurs ont un avantage marqué, suivant Darwin, ... et M. Bricheteau.

...fin, si l'on a quelque raison de penser qu'il existe une *métastase goutteuse*, ...oit, comme la plupart des auteurs, et, dans ces derniers temps, M. Lartigue,

(1) *Presse méd. belge*, 1850, et *Bulletin gén. de thérap.*, 28 février 1850.
(2) *Bolet. delle scienze med. di Bologna*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 30 janvier 1852.
(3) *Bulletin gén. de thérap.*, 30 août 1852.
(4) Voy. *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., art. ANGINE DE POITRINE.
(5) *Traité de l'auscultation médiate*, t. II.

chercher à rappeler la maladie dans son siége habituel. M. Lartigue conseille, d[ans]
ce but, le cataplasme de Pradier, qui est ainsi composé :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Baume de la Mecque...... | 20 gram. | Salsepareille............. | ãã 30 gr[am]. |
| Safran en poudre......... | 15 gram. | Quinquina rouge........... | |
| Sauge................. | 30 gram. | | |

Dissolvez le baume dans le tiers de l'alcool ; faites macérer les autres substances d[ans le]
reste du véhicule pendant quatre ou cinq jours ; réunissez les liqueurs, et filtrez.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ De cette teinture......... | 2 parties. | Farine de graine de lin........... | Q. [s.] |
| Eau de chaux.... ....... | 4 parties. | | |

Appliquez ce cataplasme chaud ; enveloppez-le de flanelle et de taffetas gommé. Cha[ngez]
toutes les douze heures.

Ce qu'il faut répéter, c'est que les bases de ce traitement ne sont pas soli[dement] établies sur les faits ; que de nouvelles recherches sont nécessaires, et qu'av[ant de] les avoir, on ne peut accorder qu'une confiance limitée à des moyens d'un eff[et in]constant et d'une efficacité nécessairement très incertaine, puisque, dans l'im[mense] majorité des cas, ils n'empêchent nullement la maladie de faire des progrès.

*Soins hygiéniques.* — C'est donc aux moyens fournis par l'hygiène qu'i[l faut] surtout avoir recours. On conseillera aux malades le calme, un exercice pa[ssif au] grand air, un régime sévère, des repas peu copieux, l'usage exclusif de l'eau [pour] boisson, la précaution de tenir le ventre libre, de se couvrir de flanelle, d'évi[ter le] froid et l'humidité, ainsi que la marche rapide, surtout sur un terrain mont[ant,] raboteux, et contre le vent. Enfin les *bains de mer*, les *bains de rivière*, les [affu]*sions froides*, seront recommandés ; car on a cité un bon nombre de cas où ils [ont] réussi à atténuer le mal.

---

# SECTION DEUXIÈME.

## MALADIES DES ARTÈRES.

Les maladies des artères sont peut-être tout aussi nombreuses que celles du c[œur] et du péricarde ; mais soit qu'un bon nombre d'entre elles ne donnent lieu qu'[à des] symptômes très difficiles à reconnaître, soit que les recherches se trouvent in[suffi]santes, il est vrai de dire que nous n'en connaissons qu'un petit nombre. Ai[nsi,] lorsque nous aurons parlé de l'aortite aiguë, de l'anévrysme et de l'oblitératio[n de] l'aorte, et de l'artérite spontanée, nous ne trouverons plus guère, relativement [aux] autres affections, que doute et incertitude. Les opinions les plus diverses ont, [en] effet, été soutenues sur les dégénérescences, les incrustations, les ossifications [des] artères, et le plus souvent les faits nous manquent pour résoudre les questio[ns les] plus importantes. Ce n'est là toutefois qu'un faible inconvénient pour le prati[cien,] car ces lésions ne donnent lieu par elles-mêmes qu'à des signes très équivoq[ues.] Nous allons commencer par les maladies de l'aorte.

# CHAPITRE PREMIER.

## MALADIES DE L'AORTE.

igueur, on devrait faire entrer dans les affections de l'aorte les lésions des sigmoïdes, dont nous avons donné plus haut la description; mais l'usage l'on les rattache aux maladies du cœur. C'est donc des affections qui ont ge dans le vaisseau lui-même que nous allons maintenant nous occuper. auparavant il importe d'indiquer rapidement la situation normale et les s de ce vaisseau. L'utilité de cette description sommaire sera facilement Les signes les plus importants de l'anévrysme résultent, en effet, de modi- s plus ou moins considérables survenues dans le calibre de ce vaisseau et de pression exercée par son ampliation générale ou partielle sur les organes voi- est, par conséquent, absolument nécessaire de bien connaître les points tact de l'artère avec ces organes, pour apprécier convenablement les sym- qui s'offrent à l'observation. Il nous paraît d'autant plus utile d'entrer dans ils que, dans les *traités d'anatomie descriptive*, on n'a pas insisté suffisam- ur les conséquences pathologiques que l'on peut en déduire, et que, dans les *d'anatomie chirurgicale* ou des *régions*, on les a présentées principalement point de vue de la pathologie externe (1).

## ARTICLE Ier.

### SITUATION ET RAPPORTS DE L'AORTE A L'ÉTAT NORMAL.

s proposant, dans la description de l'anévrysme, de diviser l'aorte en trois dans lesquelles cette affection présente des caractères particuliers, nous s devoir suivre ici cette division.

1*orte ascendante et crosse.* — On donnait autrefois le nom de crosse de à toute la partie de ce vaisseau comprise entre son origine et la fin de sa ure. Aujourd'hui l'on appelle *aorte ascendante* la portion qui, de la sortie du se porte jusqu'à la courbure, et l'on réserve le nom de *crosse de l'aorte* à la ure elle-même.

*orte ascendante*, renfermée dans le péricarde à son origine, sort du ventricule e derrière l'artère pulmonaire, dont elle croise la direction de gauche à droite, le sorte qu'elle ne devient bien apparente que dans un point du sternum spondant au milieu ou au tiers inférieur du second espace intercostal. Mas- par l'artère pulmonaire dans toute l'étendue de son trajet, elle est en rapport e avec cette dernière, à laquelle correspond son *grand sinus*, ou sinus anté- r; de telle sorte qu'une tumeur anévrysmale qui aurait son siége dans ce point erait nécessairement une compression marquée sur le tronc de l'artère à sang ; nous en citerons plus loin un exemple. La partie postérieure de cette portion

1) Voy. Velpeau, *Traité d'anatomie chirurgicale*. Paris, 1837, 2 vol. in-8. — Dubreuil, anomalies artérielles. Paris, 1847, p. 21, 192 et suiv.

correspond à la colonne vertébrale, et est voisine de l'aorte descendante et de l'œ
phage, de manière qu'un anévrysme qui occuperait ce point pourrait com
ces canaux et agir sur la colonne vertébrale; mais nous n'en avons pas
d'exemples dans les auteurs. Quant à nous, nous avons observé un anévr
cette partie qui causait de très vives douleurs dans l'œsophage, et vers la ci
et la sixième vertèbre dorsale.

Plus haut, l'aorte ascendante nous offre une direction et des rapports
importants à considérer. Dégagée de l'artère pulmonaire, elle monte le l
sternum, occupe la portion droite de cet os, et n'est séparée de lui que
médiastin antérieur. Quelquefois elle déborde un peu le bord droit du ste
mais non d'une manière considérable, ce qu'il faut avoir présent à l'esprit
remonte ainsi jusqu'à un point correspondant à peu près au milieu du pr
espace intercostal, où commence véritablement la courbure. Dans cette par
son trajet, qui, d'après les observations que nous avons rassemblées, est,
commencement de la courbure, le siége le plus fréquent de l'anévrysme, l'ao
en rapport, *en avant*, d'abord avec l'oreillette droite, mais dans une petite
de son étendue seulement, puis avec le sternum et les articulations costo-ste
droites. *En arrière*, elle a à peu près les mêmes rapports que la portion
dente; toutefois il faut remarquer que, située plus à droite, elle croise l'orig
la bronche droite et l'artère pulmonaire du même côté, et qu'elle a un rapport
immédiat avec la veine azygos. *A droite*, les rapports sont tout aussi impor
puisque l'aorte est côtoyée par la veine cave supérieure, qui lui est un peu
rieure. Les nerfs qui plongent dans la poitrine ne sont pas avec elle en ra
immédiat. Enfin, *à gauche*, l'aorte ascendante se trouve encore en contact
l'artère pulmonaire, par suite du mouvement qu'ont fait ces deux vaisseaux :
tère pulmonaire, pour devenir postérieure, d'antérieure qu'elle était; et récipro
ment. Jusqu'à présent donc l'aorte se trouve principalement en contact avec
tère pulmonaire; aussi verrons-nous que c'est dans ce point que se renc
presque toujours l'anévrysme variqueux.

La *crosse* ou *courbure* a pour principal rapport d'être à cheval sur la trac
artère, peu avant la division de ce canal. Par sa partie postérieure, et de plus
concavité ou son bord inférieur, elle répond à la trachée, et aussi, quoiqu'un
moins immédiatement, à la partie droite des premiers anneaux de la bro
gauche, au moment où l'artère va se placer sur le côté gauche de la colonne v
tébrale, pour devenir descendante. Le bord inférieur de la courbure est, de p
en rapport avec la partie la plus élevée de l'artère pulmonaire avant sa divi
Ses rapports avec le nerf vague sont moins intimes; mais il y a cette partic
remarquable, que le nerf récurrent l'embrasse par sa partie inférieure, p
remonter vers le larynx en la contournant. Par sa *partie antérieure*, la cour
aortique est en rapport avec le sternum, dont elle n'est séparée que par u
petite quantité de tissu cellulaire, et son *bord supérieur*, qui donne naissance
artères de la partie supérieure du corps, est côtoyé, dans une assez grande p
de son étendue, par le tronc veineux brachio-céphalique gauche, qui la sépare d
creux sus-sternal. Remarquons, dans cette disposition, les rapports avec le ster-
num favorables au développement d'une tumeur externe; le contact avec le tronc
veineux brachio-céphalique favorable à la formation de l'anévrysme variqueux, et

la situation de l'artère sur la trachée, qui rend souvent compte de la
occasionnée par la compression, et qui favorise l'ouverture du sac ané-
dans les voies respiratoires. Le commencement de la courbure, ainsi que
ascendante du vaisseau, n'est pas en rapport tout à fait immédiat avec le
droit, tandis que l'extrémité de la crosse est en contact avec le sommet du
gauche.

sommes entré dans d'assez grands détails sur les rapports de la première
du vaisseau, parce que cette portion étant le siége du plus grand nombre
rysmes, et les tumeurs anévrysmales qui l'affectent donnant lieu à des
très variés, il est de toute nécessité, pour suivre la marche de la maladie
porter un diagnostic précis, de pouvoir, par la pensée, se représenter la
respective des organes comprimés, perforés ou corrodés par la tumeur
le.

*rte pectorale descendante.* — Cette seconde portion, qui commence au
où l'artère, après avoir fourni la sous-clavière gauche, se recourbe de nou-
descendre vers l'abdomen, se trouve à la partie postérieure de la poitrine,
sorte que la crosse a une direction oblique de droite à gauche et d'avant en
et que sa naissance seule est très voisine du sternum. Presque immédiate-
rès son origine, l'aorte pectorale descendante passe derrière la bronche
qu'elle croise, et descend le long du côté gauche des vertèbres, en se rap-
t un peu de la ligne médiane à mesure qu'elle devient plus inférieure. Dans
t, elle a, *en avant*, d'abord la bronche gauche qu'elle a contournée, puis le
le; *en arrière*, la partie gauche du corps des vertèbres; *à droite*, l'œso-
t le canal thoracique, et plus loin la veine azygos; *à gauche*, la plèvre et
postérieur du poumon gauche. Cette situation est, comme on le voit, favo-
1° à la formation d'une tumeur au côté gauche de la colonne vertébrale et à
uction du corps des vertèbres et de la tête des côtes; 2° à la compression
mon gauche et à la rupture de l'anévrysme dans la plèvre; 3° à la compres-
l'œsophage dans le cas où la tumeur s'étendrait à droite; et 4° enfin à la
nication de l'anévrysme avec le péricarde.

*orte ventrale.* — Elle commence entre les deux piliers du diaphragme, lieu
pénètre dans l'abdomen, et, suivant le corps des vertèbres en devenant mé-
elle va se terminer en se bifurquant au niveau de la quatrième ou de la cin-
vertèbre lombaire. Dans ce trajet elle est en rapport, en *avant et à gauche*,
péritoine, l'estomac et l'intestin grêle; en arrière avec la partie antérieure
ps des vertèbres, et à droite avec la veine cave inférieure, mais non d'une
re aussi intime dans toute son étendue. En haut, en effet, les deux vaisseaux
t que marcher côte à côte, tandis qu'en bas l'artère passe sur la veine au
de la bifurcation. Il suffit de jeter un coup d'œil sur cette disposition pour
1° que le tube digestif doit éprouver l'influence des tumeurs développées
ant et à gauche, bien que leur mobilité ne les y rende pas aussi sensi-
que les autres organes; 2° que la compression de la veine cave inférieure
être la conséquence des anévrysmes développés à droite, et même en arrière,
siége de la maladie est très inférieur, et que l'anévrysme variqueux est
possible, surtout dans ce dernier point; 3° que l'usure des vertèbres peut
encore le résultat de l'anévrysme de la partie postérieure, mais qu'une tumeur

dans la région lombaire doit se former difficilement, à moins de circonst particulières.

Dans la description des diverses espèces d'anévrysmes, nous aurons maint à faire remarquer l'utilité de ces considérations pour l'explication des symp Nous nous bornerons ici à remarquer que c'est par elles qu'on s'est rendu c dans plusieurs cas, de la dyspnée, de la dysphagie, de la stase sanguine, de l'œ des vomissements, des troubles intestinaux, et même de la paralysie des me inférieurs.

Passons maintenant aux affections de l'aorte, en commençant par son i mation.

## ARTICLE II.

### AORTITE AIGUË.

Malgré les recherches faites par un assez grand nombre d'auteurs depui gagni, l'aortite aiguë est une des affections les plus obscures du cadre nosol Les descriptions qui ont été données dans les divers *traités de médecine* point fondées pour la plupart sur des faits bien concluants, ni même sur d identiques, d'où il résulte que chacun ayant observé des affections différen signes qui, d'après ces descriptions, caractérisent la maladie, sont extrêmem semblables. D'un autre côté, on a presque toujours, sous le nom d'*inflam* décrit toutes les altérations qui se rencontrent dans le vaisseau, et il suffit de ler ce fait pour montrer quelle confusion règne nécessairement dans l'hist l'aortite, puisqu'il est prouvé aujourd'hui qu'un grand nombre de ces alt appartiennent aux progrès de l'âge.

Quoique les éléments de la description qui va suivre soient peu nombreu croyons cependant qu'il est utile de séparer l'*aortite aiguë* de toutes les lési se montrent à l'état chronique, ne fût-ce que pour tracer un cadre qui ser suite plus facilement rempli par l'observation.

*Fréquence.* — Si l'on ne regarde point comme des cas d'aortite aiguë t l'on a trouvé des ulcérations, des incrustations, etc., on voit bientôt qu affection est *très rare*. Peut-être cependant l'est-elle un peu moins qu'on n rait le supposer au premier abord; car, étant difficile à diagnostiquer, et decins n'en connaissant pas très bien les symptômes, il est permis de croir en a laissé passer souvent des cas inaperçus.

*Causes.* — Nous ne savons rien de bien positif sur les causes de cette n Suivant Pierre et Joseph Frank (1), l'inflammation aiguë de tout le systèn riel est plus commune chez les hommes que chez les femmes, et les pri causes occasionnelles sont les *affections morales*, une *course précipitée* et *pression de la transpiration*. Mais il suffit de dire que, pour ces deux a une simple rougeur de l'aorte pouvait caractériser une artérite aiguë, et l que les recherches récentes ont démontré le peu de fondement de cette ma voir, déjà attaquée par Hodgson. Dans les cas observés par M. Bizot (2), ai

(1) *Traité de médecine pratique* de P. Frank. Paris, 1842, t. I, p. 487.
(2) *Mém. de la Soc. méd. d'observ.* Paris, 1837, t. I.

ux qui ont été publiés par le docteur Thierfelder (1), sauf un seul, où la
s'est produite dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, il a été im-
de découvrir les causes de la maladie.

ptômes. — Suivant J. Frank, les symptômes de l'inflammation du système
ut entier, et principalement de l'aorte, seraient extrêmement nombreux;
, en effet, qui ont leur siége dans toutes les parties du corps. Mais : 1° il
la fois la description de l'inflammation aiguë et de l'inflammation chronique;
l regarde comme des cas d'inflammation des artères les maladies les plus
s dans lesquelles le système artériel a présenté à l'autopsie quelque altéra-
l est donc absolument impossible de découvrir la vérité au milieu de cette
ion. Bertin et M. Bouillaud (2) n'ont trouvé qu'un seul symptôme qui pût
pporté à l'aortite aiguë : ce sont des *pulsations violentes* dans le trajet du
u. Mais M. Bizot a fait remarquer : premièrement, que, dans le plus grand
e des observations citées par ces auteurs, il n'est fait mention ni du pouls ni
ements du cœur et de l'aorte; et, en second lieu, que, dans presque tous
, il n'existait autre chose dans le vaisseau qu'une simple altération de cou-
uant à lui, il a rencontré trois cas qu'il a cru devoir rapporter à l'aortite
et dont voici l'analyse :

sujets de ces observations étaient des jeunes gens qui, sans symptômes du
cœur ni des autres principaux organes, présentèrent un *œdème* d'abord
x jambes, puis général, avec un *mouvement fébrile intense*, de l'*agitation*,
le *grande faiblesse*, *sans douleur* notable, *sans altération de l'intelligence*,
finirent par succomber sans qu'on eût découvert, par l'exploration, de causes
ues capables d'expliquer la mort. A l'autopsie, M. Bizot trouva sur la mem-
interne de l'aorte, et dans une étendue considérable, une couche mince de
nce albumineuse et rosée. De l'examen de ces faits, l'auteur a conclu que
tion dont il s'agit est caractérisée pendant la vie par un œdème général, avec
t fébrile plus ou moins intense, et après la mort par cette exsudation albu-
se. Il n'admet pas, comme les autres auteurs, que ce que l'on a appelé abcès,
tions, incrustations de l'aorte, puisse appartenir à l'inflammation aiguë, et
errons en effet, plus loin, que l'étude attentive des faits est toute en faveur
manière de voir.

s observations de M. Thierfelder se rapprochent de celles de M. Bizot par
ns points et s'en éloignent par d'autres. Sur trois sujets qu'il a observés,
ont présenté d'une manière remarquable l'œdème général signalé par M. Bizot,
tôme qui n'est pas indiqué chez le troisième; l'état fébrile a été notable chez
les trois, et dans les deux cas où la mort est survenue, on a trouvé sur la
ce interne de l'aorte l'exsudation albumineuse. Mais M. Thierfelder a observé,
us que M. Bizot, une *toux* très fréquente et *très dure*, à laquelle il attache
coup d'importance; une *dyspnée* plus ou moins considérable, et soit une
ur *de la poitrine*, soit une *douleur sous-sternale*, augmentée par les pulsations
aorte. Peut-être, dans ces cas, la toux tenait-elle simplement à une compli-
on de bronchite, et la douleur à la plus grande profondeur de l'inflammation

(1) *Ammon's Monatschrift, für medicin.* Leipzig, april 1840.
(2) *Traité des maladies du cœur.* Paris, 1824, p. 66.

dans les parois du vaisseau. Quoi qu'il en soit, l'existence des principaux ptômes signalés par M. Bizot a été constatée dans les faits recueillis par M. felder.

*Lésions anatomiques.* — L'étendue de la lésion peut varier beaucoup, cas. M. Bizot a vu quelquefois l'exsudation albumineuse, dont l'existence constatée par Hodgson dans un cas remarquable, bornée à un espace très n'ayant produit aucun symptôme pendant la vie, et se transformant, après plus ou moins long, en une couche cartilagineuse mince, dont la situati dessus de la membrane interne de l'aorte est facile à distinguer avec un peu tention. Dans d'autres cas, au contraire, la couche de lymphe plastique occ toute l'étendue du vaisseau.

On a cité encore comme des lésions appartenant à l'aortite aiguë, l'épai ment, le ramollissement de la membrane interne, avec une coloration roug ou moins foncée. Lorsque l'épaississement et le ramollissement se montrent, dans les cas cités par M. Thierfelder, on ne peut guère douter de l'exist l'inflammation; mais si la rougeur se montre seule, il n'en est plus de mêm expériences de Laennec, de MM. Andral, Rigot et Trousseau, et les recherch M. Louis, prouvent, en effet, que la simple rougeur des artères est presque jours un effet cadavérique.

*Traitement.* — On a très peu fait pour le *traitement* de cette affection Des *saignées*, des applications de *sangsues*, les *diurétiques*, la *digitale*, les pour calmer l'agitation, ont été mis en usage dans les cas observés par M. mais sans succès; toutefois, dans un de ceux qu'a apportés M. Thierfelder, symptômes précédemment décrits se sont graduellement dissipés sous l'in de ces moyens. Nous nous bornerons à dire d'une manière générale qu'on appliquer à cette affection le traitement indiqué dans l'article consacré à la *dite* (1).

## ARTICLE III.

### AORTITE CHRONIQUE.

De l'aveu de tous les auteurs, rien n'est plus difficile que d'indiquer les de cette affection. Quelques-uns cependant, et en particulier M. Bouillaud (2), cherché à les décrire; mais on s'aperçoit bientôt qu'ils ont eu en vue les altér à marche chronique, telles que les *ossifications*, les *dépôts de matière athéro teuse*, etc., qui se rencontrent assez fréquemment dans les parois de l'artère. 1° il est bien loin d'être démontré, au moins dans un très grand nombre de que ces lésions soient dues à l'inflammation ; et 2° en admettant qu'il en soit pour un certain nombre, il n'est point prouvé que ces altérations ne soient tout simplement la trace matérielle d'une inflammation aiguë, lésion qui prend de l'accroissement sous l'influence d'un travail non inflammatoire et ment organique.

Voici, du reste, quels sont les signes indiqués par M. Bouillaud : *dyspnée* moindre mouvement, *palpitations*, *symptômes de l'hypertrophie*, *teint jau*

(1) Voy. tome III, art. CARDITE.
(2) *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, art. AORTE.

sans maladie chronique d'un autre organe et sans rétrécissement des ori-
du cœur.

signes, comme on le voit, sont très vagues; ils ne caractérisent nullement maladie particulière, et l'on peut dire que si, en effet, il existe une aortite e, elle se développe d'une manière sourde, très lente, et inappréciable, dans l'état actuel de la science, à nos moyens d'exploration. Or la des- d'une affection semblable ne doit pas occuper une plus grande place dans rage pratique.

## ARTICLE IV.

### ALTÉRATIONS CHRONIQUES DE L'AORTE.

*ques cartilagineuses.* — Nous avons vu plus haut que, dans les cas d'aortite bservés par M. Bizot, il se produisait une couche de matière transparente à la surface de la membrane interne de l'aorte. Cet auteur, poursuivant point ses importantes recherches, a vu que cette matière devenait plus tard et formait sur la membrane interne des *plaques cartilagineuses* plus ou étendues. Ces plaques, plus épaisses au centre qu'à la circonférence, peu- xister en très grand nombre sur toute la surface de l'artère. On ne saurait ment les rapporter à une inflammation chronique, puisque à l'époque où nent les caractères du cartilage, l'inflammation est déjà dissipée.

*ollissement ulcéreux, dépôts athéromateux, ossifications.* — Il est d'autres dont l'origine inflammatoire est bien loin d'être aussi évidente. Ces lésions les *ulcères* ou *ramollissements ulcéreux;* les amas de *matière athéromateuse* s *ossifications*, dont on constate si souvent l'existence. M. Bizot, étudiant avec grand soin, et avec sa sagacité ordinaire, ces diverses lésions, les a toutes chées à une origine commune. Il a vu, dans un âge peu avancé, rarement fois avant quatorze ans, se former dans l'intérieur de l'artère de *petites taches blanc jaunâtre*, de l'étendue d'un grain de poussière ou de sable, non sail- s, isolées ou réunies en groupe, et formant par leur assemblage une surface t la couleur est plus blanchâtre ou plus jaunâtre que la surface interne de l'aorte. niveau de ces points, et à leur pourtour, il a trouvé la membrane interne de re parfaitement transparente, sans épaississement, sans injection et sans alté- n de sa consistance. Quand il enlevait des lambeaux de la membrane interne, traînait les petits points jaunâtres, qui par conséquent adhèrent, quoique fai- ment, à la face externe de cette membrane. Toutefois il a reconnu que ce n'est aux dépens de la membrane interne elle-même qu'ils se forment, car, en la chant dans un point où les petites taches couvrent une surface un peu étendue, a vu une partie suivre les lambeaux, et l'autre rester adhérente à la membrane enne. Il suit de là que ces points jaunes, auxquels M. Bizot donne le nom de *es rudimentaires*, se développent d'abord dans le tissu fin qui unit les deux mbranes entre elles. Plus tard, ces petites taches adhèrent exclusivement à la mbrane moyenne et prennent de l'accroissement. C'est de ces premières altéra- ns que M. Bizot fait ensuite dériver la plupart des autres lésions, qu'on regardait nt lui comme ayant une origine différente. Disons d'abord un mot du *ramollis ment ulcéreux*, décrit par plusieurs auteurs sous le nom d'*abcès de l'aorte.*

Chez quelques sujets, et M. Andral en a cité un exemple remarqua trouve sur la surface interne de l'aorte un plus ou moins grand nombre *tumeurs* qui cèdent sous le doigt ; la pression détermine dans leur i mouvement d'une matière demi-fluide, et si, comme l'a fait M. Bizot, o prime un peu fortement, on rompt la membrane interne, et la matièr dans le foyer s'échappe aussitôt. Cette matière a divers aspects : quelqu la couleur et la consistance du pus de bonne nature ; d'autres fois elle est sèche ou humide, mais conservant toujours sa couleur jaunâtre ; enfin l vue composée d'un grand nombre de petites paillettes très ténues, resple les unes argentines et blanchâtres, les autres jaunâtres et ressemblant la poudre d'or.

A une époque plus avancée, il se produit dans ces petits foyers des t tions différentes : tantôt la membrane interne se rompt, la matière s'éc se forme un petit *ulcère* à bords légèrement saillants, que quelques aut particulier Meckel (2) et Hodgson (3), ont regardé comme une véritable produite par une inflammation violente.

Dans d'autres cas, le liquide ou la matière demi-fluide qui existe ent brane interne et la membrane moyenne se concrète et forme ces amas athéromateuse signalés par tous les observateurs. D'autres fois enfin les mitives éprouvent la *transformation osseuse*, et forment ces plaques rug hérissent la surface interne de l'artère, dont elles occupent parfois toute

Cette succession dans les diverses transformations de l'aorte sembl déjà qu'elles ne sont pas dues, du moins dans un grand nombre de inflammation ; mais d'autres considérations présentées par M. Bizot vien bien mieux encore ce fait hors de doute. Ce n'est pas en effet d'une ma gulière, et comme au hasard, que se développent ces taches et ces divers rescences qui leur succèdent ; à leur apparition, et chez les sujets enco elles se montrent dans des points particuliers : à la partie postérieur et au pourtour des orifices des artères qui en partent. Dans un âge plus voit que, dans ces mêmes points, les taches ont fait des progrès, se sont et sont devenues le siége des diverses transformations que nous venons d mais, en outre, d'autres ont apparu à leur tour sur la partie antérieure et dans des points qu'elles avaient d'abord respectés : celles-ci sont encore taires ; enfin, plus tard, ces dernières ont fait des progrès comme les pr et le pourtour de l'aorte est envahi par des dégénérescences athérom osseuses. C'est là un développement régulier qui prouve que les progrès d une grande influence sur la production de ces diverses lésions. Nous ajout comme pour les lésions de la membrane externe du cœur, on peut concev inflammation produise les mêmes effets, et c'est ce qui explique comm des sujets jeunes encore, mais affectés de maladies graves du cœur et on trouve ces transformations à un degré plus avancé que chez les vieil

*Quels sont maintenant les signes auxquels on peut reconnaître ces lé* C'est là une question à laquelle il est bien difficile de répondre. Lorsqu'

(1) *Précis d'anat. pathol.* Paris, 1829, t. II, p. 379.
(2) *Mém. de l'Acad. des sciences de Berlin.*
(3) *Traité des maladies des artères et des veines.* Paris, 1819, 2 vol. in-8.

petits foyers soulevant la membrane interne, ou de simples érosions super-
il est très probable qu'il n'y a aucun signe physique. Dans les cas, au con-
où la face interne de l'artère est rendue très rugueuse par la déposition de
re cartilagineuse ou osseuse, on entend un bruit de souffle qui existe prin-
ent au moment de la dilatation artérielle, et qui suit le trajet du vaisseau.
t à d'autres symptômes, il n'en existe pas de plus précis que ceux qui ont
alés par M. Bouillaud, et que j'ai précédemment indiqués. Lorsqu'une autre
e l'aorte, comme la *dilatation*, l'*anévrysme*, vient se joindre à ces altéra-
les donnent lieu aux signes particuliers qui les caractérisent, et dont il sera
plus loin.

it que ces altérations anatomiques ne présentent qu'une importance très
uand on les considère sous le point de vue de la pratique. Cependant elles
t l'attention du médecin, sous un rapport. Les concrétions cartilagineuses et
, en enlevant au vaisseau son élasticité, l'empêchent de réagir sur la colonne
e qui le dilate, et deviennent ainsi la cause de ces dilatations quelquefois
dont l'aorte est le siége. C'est là une considération étiologique qui n'est
intérêt.

il parler du *traitement* de ces diverses lésions? Ce serait évidemment vou-
s livrer à des considérations purement théoriques et sans application utile.
seulement que les divers moyens palliatifs mis en usage dans les principales
organiques du cœur doivent trouver leur place dans ce traitement.

## ARTICLE V.

### ANÉVRYSME DE L'AORTE; DIVISION.

évrysme de l'aorte a fait le sujet de très nombreuses recherches; mais ce
ue depuis les travaux d'anatomie pathologique qu'on a bien reconnu l'exis-
de cette affection. Morgagni, un des premiers, a insisté sur les cas
idents qui se sont présentés à son observation, et sur ceux que quelques
médecins de son époque ont recueillis. Depuis lors, Corvisart, Scarpa (1),
g, Bertin et M. Bouillaud, Laennec, Hope, etc., ont publié sur ce sujet des
x importants, et un nombre assez considérable d'observations se trouvent
inées dans les divers recueils. On en trouvera surtout beaucoup dans les der-
volumes des *Archives*, où elles ont été très bien résumées et appréciées. Pour
r l'histoire de cette grave affection, nous avons cru devoir rassembler et
er avec soin trente-cinq observations puisées aux meilleures sources; c'est en
ant les résultats de leur analyse aux recherches des principaux auteurs, que
allons présenter la description de l'anévrysme de l'aorte.

a divisé cette affection en plusieurs espèces, d'après les considérations pure-
anatomiques. Hope admet les divisions suivantes : 1° *Dilatation*, ou augmen-
n de l'étendue de toute la circonférence de l'artère. 2° *Anévrysme vrai*, ou
tion en forme de sac d'une seule portion de la circonférence. 3° *Anévrysme*
, formé par l'ulcération ou la rupture de la membrane interne et moyenne, et

) *Sull' aneurism.; rifless. ed osserv. anat.-chir.* Pavia, 1804.

l'extension de l'externe en forme de sac. On lui donne le nom de *primitif*, l
que toutes les membranes sont divisées comme par une incision, et de con
lorsqu'il est la conséquence d'une ulcération ou de la rupture des me
internes et moyennes. 4° *Anévrysme mixte*, qui est la superposition d'u
vrysme faux à un anévrysme vrai, c'est-à-dire qu'après la dilatation parti
générale des trois tuniques, l'interne et la moyenne se rompent, et l'extern
s'étend en forme de sac surmontant la dilatation primitive ou anévrysme vrai
division est complète; elle est assez généralement adoptée; toutefois q
auteurs y ont introduit une sous-division, et ont admis, outre l'anévrysme
externe, qui est celui que je viens d'indiquer, un anévrysme mixte interne
par la rupture ou l'érosion des membranes moyenne et externe, après leur
sion, par la hernie de la membrane interne, qui forme ainsi un sac anévr
Nous dirons quelques mots plus loin de cette dernière espèce, sur laquelle s'é
des doutes sérieux.

Quant à la division générale que nous venons de présenter, elle n'a poi
importance extrême sous le point de vue pathologique et thérapeutique. Il e
lement utile de distinguer avec quelque soin la dilatation simple de l'anév
par la formation d'un sac, car plusieurs symptômes et la gravité de la m
diffèrent dans ces deux espèces. Au reste, nous devons dire qu'après avoir di
avec beaucoup de soin ces diverses espèces, sous le rapport de l'anatomie pa
gique, les auteurs les ont presque complétement négligées dans la descriptio
symptômes et dans l'exposition du traitement; pour nous, nous rechercheron
contraire, dans l'article qui va suivre, s'il existe réellement des moyens pro
les faire distinguer pendant la vie, au moins à une certaine époque de l'affe

En outre, nous consacrerons un article particulier à une espèce qui n'a
fixé suffisamment l'attention des auteurs, et qui cependant diffère, sous plu
rapports, de toutes les autres : c'est l'*anévrysme variqueux*, dû à la commu
tion de l'aorte avec l'artère pulmonaire, les cavités droites du cœur, ou une
veine. Enfin, pour apporter plus de méthode dans la description, nous cr
devoir décrire séparément les anévrysmes de la *portion ascendante* de l'aorte
torale, qui sont de beaucoup les plus fréquents; ceux de la *portion descendant*
ceux de l'*aorte abdominale*.

## ARTICLE VI.

### ANÉVRYSMES DE LA PORTION ASCENDANTE DE L'AORTE PECTORALE (1).

Ce sont ceux qui ont été étudiés avec le plus de soin, sans doute parce q
donnent lieu à des symptômes plus faciles à distinguer que les autres, et a
parce qu'ils se sont offerts le plus souvent à l'observation. D'après les recherch
de M. Thurnam, le *siége* ordinaire des anévrysmes, dans la portion ascendant
l'aorte, se trouve dans les sinus de Valsalva et vers la crosse. Les autres obser
teurs avaient dès longtemps reconnu la vérité de ce fait; cependant il y a d
exceptions remarquables à cette règle, et nous citerons entre autres un cas obser

(1) Pour éviter les divisions trop multipliées, nous comprenons sous ce titre la portion ascendante proprement dite et la crosse.

cette affection ; mais quoique, dans ces derniers temps, on ait soutenu qu'il fallait nécessairement envisager la question de cette manière, je crois qu'il est tout aussi important d'établir une distinction rigoureuse entre les divers épanchements qui se forment dans le péricarde qu'entre ceux qu'on observe dans les autres membranes séreuses. Je ne saurais imiter J. Frank, qui, à l'exemple d'un bon nombre d'auteurs qui l'ont précédé, range dans les hydropisies du péricarde toute espèce de collection de liquide, à quelque affection qu'on doive la rapporter. Le plus souvent ces collections appartiennent à la péricardite, soit aiguë, soit chronique ; elles font partie intégrante de la maladie, et s'il est des cas où il est difficile de reconnaître leur origine, ce n'est pas une raison pour introduire la confusion dans cette partie de la pathologie. Il est aussi des cas où il est impossible de distinguer par le diagnostic une dilatation des bronches d'une caverne tuberculeuse : s'ensuit-il que ces deux maladies ne doivent pas être décrites séparément ? Je ne regarde donc comme un hydropéricarde que l'épanchement de sérosité qui se produit en l'absence de toute inflammation, et cette manière de voir est celle de Laennec, de M. Bouillaud, de M. Reynaud, etc. (1).

L'affection envisagée sous ce point de vue se trouve renfermée dans un cadre très étroit, et si l'on cherche des observations propres à en faire connaître l'histoire, on n'en trouve qu'un nombre très limité.

On a divisé l'hydropisie du péricarde en *hydropisie active* et en *hydropisie passive*; mais la première ne se rencontre que bien rarement.

1° *Hydropéricarde actif.* — Hope, qui n'a jamais vu cette espèce, met son existence en doute ; et quand on parcourt le très petit nombre de faits rapportés par les auteurs, on voit qu'ils présentent plusieurs points très douteux qui leur ôtent beaucoup de leur valeur. Je n'en citerai pour exemple que l'observation recueillie par J.-N. Corvisart (2), la seule qui ait été mentionnée par M. Reynaud (3). Il est extrêmement difficile, en effet, d'admettre qu'il y eût dans ce cas un simple hydropéricarde actif, puisque la membrane séreuse présentait, au dire même de Corvisart, les traces d'une inflammation chronique, et que, d'un autre côté, il n'est nullement fait mention de l'état du tissu du cœur et des orifices. Dans un autre cas communiqué à M. Bouillaud (4) par Casimir Broussais, on avait cru pendant la vie à l'existence d'un simple hydropéricarde ; mais après la mort on trouva les traces évidentes de péricardite. Il faut donc le reconnaître, l'hydropéricarde actif ou idiopathique est une maladie dont l'existence n'a pas été jusqu'à ce jour démontrée par des faits évidents. Il est par conséquent inutile de s'y arrêter plus longtemps, et il n'y aurait aucun avantage à exposer les signes que lui ont attribués les auteurs.

2° *Hydropéricarde passif.* — L'hydropéricarde que l'on a appelé *passif* est celui qui se forme dans les cas où une lésion des voies circulatoires, ou bien un état morbide général donne lieu à des accumulations de sérosité, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les diverses cavités séreuses.

*Causes.* — Les *causes* signalées sont les *rétrécissements des orifices* qui pro-

(1) Abeille, *Traité des hydropisies et des kystes*. Paris, 1852, p. 337.
(2) *Essai sur les maladies du cœur*, p. 53.
(3) *Dictionnaire de médecine*, t. XV, p. 577.
(4) *Traité des maladies du cœur*. Paris, 1841, t. II, p. 333.

duisent les autres hydropisies, les *oblitérations des veines*, et tout ce qui un obstacle à la circulation veineuse. M. Reynaud (*loc. cit.*) dit avoir cons sieurs fois l'hydropéricarde dans des cas où l'obstacle à la circulation vei siégeait point au confluent des veines et au centre de la circulation, mais les ramifications capillaires veineuses du péricarde. « Ainsi, ajoute-t-il, tains cas de phthisie dans lesquels des adhérences s'étaient formées entre mons et la surface externe du péricarde, j'ai vu des tubercules en plus grand nombre, à l'état cru, qui avaient envahi presque toute l'épaisseur du sac du péricarde, sans cependant avoir encore déterminé d'inflammati nifeste de la membrane séreuse. Alors on voyait qu'il n'existait plus de vaisseaux là où il s'était développé des granulations tuberculeuses, tandis les parties voisines, des veinules, beaucoup plus développées qu'à l'ord constituaient une espèce de plexus plus apparent que de coutume : indice circulation collatérale destinée à suppléer en partie les vaisseaux oblitérés. D cas, j'ai vu la quantité de sérosité épanchée dans le péricarde beaucoup plu sidérable que de coutume, et il me semble naturel de penser qu'alors l' péricarde n'était point du tout l'effet de l'agonie, mais bien celui de la cause viens de signaler. »

L'hydropéricarde peut-il se développer sous l'influence de causes plus rales, par exemple des diverses *altérations du sang* qui donnent lieu à d' hydropisies? On conçoit très bien la possibilité du fait, mais on n'en a poi d'exemples.

[Dans la plupart des cas cités par les auteurs, on voit que l'hydropéricarde montré chez les phthisiques, et que cet épanchement coïncide souvent avec l' thorax. Pleurésie et péricardite vont de pair. Ce n'est pas seulement chez les siques que se rencontre cet épanchement; M. Thore fils a publié récemm un mémoire sur les épanchements dans le péricarde consécutifs à la scarlati

*Symptômes.* — L'épanchement étant l'unique altération matérielle de cett ladie, les phénomènes qu'il produit sont par conséquent les principaux sig l'hydropéricarde : une *matité* souvent très étendue, comme dans la périca une *voussure*, l'*éloignement* des bruits du cœur, l'*absence du bruit respir* et *de tout bruit anormal*, tels sont ces phénomènes.

Il en est cependant quelques autres que je dois mentionner. Senac croyait vu, dans quelques cas, à la région précordiale, un *mouvement de fluctuation* quant le flot du liquide; mais ce signe n'a point été observé par les autr teurs, et tout porte à croire que Senac n'avait aperçu que les battements du encore visibles. Corvisart assure avoir senti la fluctuation par le toucher, plus avoir constaté que le cœur bat tantôt dans un point, tantôt dans un Peut-être s'agissait-il d'un *hydro-pneumopéricarde*, comme celui qu'a ob M. Bricheteau. Cet auteur (2) a en effet rapporté un cas très curieux de ce g survenu chez un homme qui avait reçu dans la poitrine un coup de timon voiture. Le symptôme le plus frappant fut un *bruit de fluctuation perceptib l'oreille*.

(1) *Archives générales de médecine.* Paris, 1856.
(2) *Ibid.*, 4e série, 1844, t. IV, p. 334.

on a noté la sensation d'un poids sur le cœur, et tout le monde a cité cette de Reimann et de Saxonia, qui prétendent que les malades sentent *leur ger dans l'eau.* Ces derniers phénomènes sont loin d'être constants et la valeur que leur ont attribuée les auteurs que je viens d'indiquer; mais suit pas que l'hydropéricarde soit, comme ils l'ont pensé, très difficile à iquer, car les signes physiques décrits plus haut suffisent pour faire reconl'existence de l'épanchement, et les circonstances accessoires peuvent servir terminer la nature.

tres symptômes, tels que les palpitations, la faiblesse et l'intermittence du les lipothymies, la gêne de la respiration, la difficulté de garder le décubitus le soulagement dans la station assise, le corps étant penché en avant, la tense courber du côté gauche, sont des symptômes qui appartiennent à plumaladies du cœur, et qui néanmoins peuvent avoir une assez grande imporans l'hydropéricarde; mais leur valeur n'est pas suffisamment déterminée. rit (1) est un de ceux qui ont le plus insisté sur ces symptômes.

ici une observation recueillie par M. Trousseau, et qui, mieux que toutes les tions faites en vue d'un traité classique, montre ce qu'est un hydropéri-:

Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, entré le 2 février 1854 à l'Hôtel-Dieu. entrée, on constate une dyspnée intense; le pouls est fréquent (130 pulsa-), la face pâle; un peu de toux; à la percussion, matité considérable à la région ur, remontant jusqu'au niveau de la deuxième côte, s'étendant depuis le bord du sternum jusque très avant du côté gauche de la poitrine, sans qu'il soit le de la limiter exactement en ce sens. Le côté gauche est, en arrière, moins que le droit; les battements du cœur sont obscurs et lointains; le malade de syncope complète, mais il se sent à chaque instant sous le coup d'une ace imminente. Vésicatoire, infusion de digitale. Dans le courant du mois rier, le pouls reste toujours fréquent, les battements du cœur s'entendent par intervalles et redeviennent indistincts dans d'autres moments; la matité région précordiale occupe presque invariablement une étendue de 17 centies en hauteur et 18 en largeur; pendant deux jours seulement, elle semble uer; durant ce laps de temps, on perçoit un bruit de frottement cardiaque le surtout à la base du cœur; la voussure de la région précordiale est de en plus marquée du côté gauche de la poitrine, les signes de l'épanchement al deviennent de plus en plus manifestes; égophonie en arrière, au-dessous du ulum; bruit de souffle.

Le 17 mars. Depuis huit jours, la voussure est plus grande, il est survenu une rhée abondante; le malade s'affaiblit, s'amaigrit; il ne peut se déplacer dans son et le moindre mouvement provoque une syncope. La face est d'une pâleur le, l'oppression est portée au dernier degré; la respiration est courte, suspie; la percussion de la région précordiale et même la simple application de la n causent de la douleur et de l'angoisse; le pouls est petit, misérable... On se ide à faire la ponction du péricarde. »]

*Marche, durée, terminaison.* — La *marche* et la *durée* de l'affection n'ont point

1 *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 304.

été suffisamment étudiées; cependant il est permis de dire, puisque la de[...] précédente ne porte que sur l'hydropéricarde appelé passif, que la m[...] lente. Quant à la terminaison, comme l'hydropisie est liée à des affections [...] toujours fort graves, elle est ordinairement mortelle.

*Lésions anatomiques.* — Une sérosité de couleur variable, jaunâtre, lég[...] verdâtre, rarement incolore, mais toujours limpide, et dilatant plus ou [...] cavité du péricarde, telle est la lésion que montre l'ouverture des cadavre[s] lesquels on trouve en outre les diverses altérations organiques qui ont [...] mort... La quantité du liquide épanché est moindre qu'on ne pourrait [...] Dans les cas où la ponction a été faite, on n'a pas extrait plus de [...] 500 grammes.

*Diagnostic.* — Nous avons vu qu'il n'était point difficile de diagnostiquer [...] tence d'un épanchement dans le péricarde; mais cet épanchement est-il d[...] hydropisie, ou bien est-il le résultat d'une péricardite? C'est là une quest[ion] peu moins facile à résoudre. La marche de la maladie, la douleur qui s'e[st] loppée à une époque plus ou moins éloignée, des accidents fébriles, et l'[...] des affections organiques qui donnent lieu à l'hydropéricarde, serviront [...] distinguer les deux espèces d'épanchements.

*Traitement.* — On doit s'attendre nécessairement à trouver une grande [...] sion dans le traitement de cette maladie, puisque les remèdes dirigés cont[re] l'ont été également contre la péricardite, qui, suivant les auteurs, en est si [...] la cause.

Senac prescrivait particulièrement les *purgatifs* et les *diurétiques*, et, p[...] derniers, il recommande le *vin scillitique* et une *poudre faite avec la scill[e] clepias et le nitre.* Les autres auteurs ont presque tous, à son exemple, [...] uniquement les moyens opposés aux hydropisies en général. Nous aurons à [...] ces moyens, lorsque nous ferons l'histoire de l'*anasarque ;* il serait donc in[...] les indiquer ici.

*Paracentèse du péricarde.* — Déjà Riolan avait conseillé la ponction de l[a] précordiale, qu'il disait devoir être pratiquée à environ 3 centimètres du c[...] xiphoïde. Plus tard, Senac (1), après avoir réfléchi aux dangers de cette m[...] pensa qu'il serait moins hasardeux de trépaner le sternum, et de faire e[...] ponction du péricarde, manière d'opérer qui a été plus tard proposée par M[.] derup, auquel on en a mal à propos attribué la première idée. Quant à D[...] qui a pratiqué l'ouverture du thorax dans un cas où il croyait à l'exist[ence de] l'hydropéricarde, il se servait du bistouri et pratiquait l'incision dans [...] espaces intercostaux. Voici l'exposé rapide de ces trois procédés :

### PONCTION PAR LE TROCART (2).

L'instrument doit être enfoncé entre la troisième et la quatrième côte, à [...]

(1) Senac, *Maladies du cœur*, t. I, p. 175.

(2) La description qui va suivre se trouve dans l'ouvrage de Boyer (*Traité des m[aladies] chirurgicales*, t. VII, p. 410). Elle est attribuée à Senac, mais nous n'avons pu la découvrir [dans] son ouvrage, et nous avons trouvé au contraire, à l'article *Traitement de l'hydropisie du péri[carde]* de nombreuses objections à cette opération, que Senac, nous le répétons, proposait de [rem]placer par la trépanation du sternum.

et demi du sternum; on le dirige obliquement vers l'origine de l'appen-
ide, en le conduisant le long des côtes, et en s'en éloignant le moins
t; puis, quand on a évacué la sérosité, on ferme l'ouverture à l'aide d'un
de diachylon, comme dans la paracentèse abdominale.

OUVERTURE PAR LE BISTOURI.

un cas où il crut à l'existence d'un hydropéricarde, Desault pratiqua
re de la poitrine de la manière suivante :
une incision entre la sixième et la septième côte, du côté gauche, vis-à-vis
e du cœur, et divisa successivement la peau, l'entrecroisement des muscles
oblique et grand pectoral, et le plan des muscles intercostaux. Arrivé à ce
il porta le doigt dans la poitrine, afin de sentir le péricarde; ayant décou-
membrane, il ouvrit avec un bistouri mousse la poche dilatée, et donna
environ un demi-litre d'eau qui s'échappa avec une espèce de sifflement à
expiration; puis, l'ouverture fut fermée et pansée simplement.
t ajouter que, dans cette opération, Desault ouvrit, non le péricarde, mais
che adjacente qui formait une pleurésie partielle.

RTURE DU STERNUM PAR LE TRÉPAN, PROPOSÉE D'ABORD PAR SENAC, ET PLUS TARD PAR SKIELDERUP.

e ouverture doit être faite un peu au-dessous de l'endroit où le cartilage de la
ème côte s'unit au sternum; là les deux lames du médiastin laissent entre
intervalle triangulaire placé un peu plus à gauche qu'à droite, et qui est
par un tissu cellulaire vésiculeux; la base de cet espace, triangulaire aussi,
ve sur le diaphragme, et son sommet à la hauteur de la cinquième côte. Il
e de cette disposition, qu'après avoir trépané le sternum à l'endroit indiqué,
t arriver jusqu'au péricarde sans intéresser la plèvre. Pour cette opération,
besoin d'une couronne de trépan qui fasse une ouverture assez grande pour
puisse y introduire le doigt indicateur qui doit reconnaître la fluctuation du
e contenu dans le péricarde, et servir de conducteur au bistouri long et
avec lequel on ouvre cette membrane. Si, après avoir incisé la membrane qui
la face postérieure du sternum, il survenait une hémorrhagie, on différerait le
de l'opération; dans le cas même où il ne surviendrait aucune hémorrhagie,
irurgien prudent éviterait de percer le péricarde avant qu'il fût poussé dans
rture du sternum, où on le reconnaîtrait à la fluctuation qu'il offrirait sous
gt.
ndant l'incision du péricarde, le malade devra être incliné en avant.
ls sont les principaux procédés à l'aide desquels on a proposé d'évacuer le
le contenu dans le péricarde. Dans un mémoire lu à l'Académie des sciences,
elpeau (1) a émis l'opinion que des *injections iodées* pourraient avoir de
ntage, en favorisant rapidement les adhérences et en s'opposant à une nouvelle
mulation de sérosité.
a paracentèse du péricarde a été conseillée longtemps après avoir été conçue

) *Annales de la chirurgie française*. Paris, 1845, t. XV, p. 257.

dans l'esprit des médecins de plusieurs siècles consécutivement, et alors qu'elle était conseillée, le temps était loin encore où elle devait être appliqu... que le défaut de connaissances anatomiques et l'ignorance des signes stéth... ques et de ceux que fournit la percussion rendaient le diagnostic de l'hydrop... très difficile et incertain, et éloignaient l'idée d'une opération comprom... elle était appliquée à faux. Aussi, tandis qu'au XVII^e siècle de très illustres m... discutent sur la ponction du péricarde, faut-il arriver jusqu'à l'année 183... voir cette opération entrer enfin dans la pratique. Le docteur Schuh (de V... après avoir démontré combien cette opération serait simple et en même utile, eut le bonheur de la pratiquer le premier et de la faire accepter par se... temporains.

Depuis cette époque la ponction du péricarde a été pratiquée un grand n... de fois en Allemagne et a quelquefois réussi. Il est arrivé du reste de cette ... tion ce qui arrive de toutes les entreprises hardies, à leur début : craignant l'i... et à la suite un blâme sévère de l'opinion, les médecins se sont mis à couve... rière des cas de force majeure ; ils n'ont d'abord opéré que sur des malades ... d'affections organiques ou arrivés au dernier degré du marasme par le fait ... chement à la fois dans les plèvres et le péricarde. Ces mauvaises conditio... été cause que la ponction du péricarde compte peu de succès. D'ailleurs juste de dire que les occasions d'appliquer cette opération sont positivement...

En France, plusieurs cas de ce genre ont été publiés très récemment. M. l... teur Béhier a communiqué en 1854, à la Société médicale des hôpitaux de Pa... une observation de pleurésie, d'hydropéricarde et de ponction du péricarde... opération procura à la malade un soulagement momentané, mais ne put ame... guérison, attendu que d'autres accidents coexistaient (pleurésie, pneumonie)...

MM. Trousseau et Lasègue ont publié (2) un mémoire sur la paracent... péricarde et analysé les faits de cette nature qui avaient été précédemment p... Dans ce mémoire, se trouve l'observation d'un malade chez lequel la ponct... péricarde, conseillée par M. Trousseau, fut pratiquée par M. Jobert, pou... dire *in extremis*. Une incision fut faite dans le cinquième espace intercost... distance de 3 centimètres environ du bord gauche du sternum, puis un t... garni de baudruche fut enfoncé. Le liquide ne coula pas en jet, on en reti... une heure et demie 400 grammes. Ce malade, soulagé par l'opération, dut ... ques jours plus tard subir la thoracocentèse pour un vaste épanchement p... tique. Des signes de tuberculisation des poumons se montrèrent ensuite.

MM. Trousseau et Lasègue s'expriment ainsi sur le procédé opératoire : ponction entre la quatrième et la cinquième côte suffit sans qu'il y ait beso... recourir à la trépanation du sternum. L'opération peut être faite, soit par po... directe, soit par incision, soit par le procédé mixte d'une incision préalabl... couches superficielles et d'une ponction avec le trocart, qui traverse les ... ties sous-jacentes. L'expérience ne permet pas d'assigner un rang à ces divers ... cédés, employés avec un égal succès.

» La canule une fois introduite dans le péricarde, le liquide s'écoule lentem...

(1) *Bulletins de la Soc. méd. des hôpit.* et *Union médicale*, 1854.
(2) *Archives de médecine*. Paris, 1854.

Il est inutile d'essayer des diverses manœuvres qu'on a conseillées pour en hâter l'évacuation. La meilleure méthode consiste à laisser la canule à demeure, jusqu'à ce que l'écoulement s'arrête de lui-même, à refermer ensuite la plaie avec un morceau de diachylon maintenu par un bandage de corps. La plaie ne réclame aucun pansement.

» Les instruments usités pour la thoracocentèse conviennent mieux que tous les autres. »

Suivant MM. Trousseau et Lasègue, le plus souvent l'épanchement abondant du péricarde n'est qu'une des expressions d'un état de maladie qui ne se localise pas en un seul point, mais frappe d'autres parties essentielles de l'économie. Évacuer le liquide, c'est soulager le malade sans guérir la maladie. Cependant on n'a pas le choix d'accorder ou de refuser une opération qui assure le soulagement et peut amener la guérison.

M. le docteur Aran a présenté le 6 novembre 1855, à l'Académie de médecine de Paris, l'observation d'un malade traité d'un hydropéricarde par deux ponctions suivies d'injections iodées (1). L'opération semble avoir réussi ; cependant le malade était tuberculeux. L'expérience n'a pas encore sanctionné la pratique des injections iodées en pareil cas.]

## ARTICLE IV.

### ADHÉRENCES DU PÉRICARDE AU COEUR.

Les auteurs se sont occupés particulièrement de cette lésion consécutive, qui leur a paru, au premier abord, devoir apporter un grand trouble dans les mouvements du cœur : mais leurs recherches ne les ont pas conduits à des conclusions positives. Suivant Laennec, M. Bouillaud et la plupart des autres observateurs, il n'est pas rare de rencontrer, dans la péricardite, des adhérences étendues et serrées du péricarde sans aucune altération de la santé. Hope, au contraire, affirme que, dans tous les cas, il a observé des symptômes plus ou moins marqués. Malheureusement les observations ne sont pas suffisantes pour qu'on puisse se prononcer sur ce point.

Les symptômes attribués par Hope aux adhérences du péricarde ne diffèrent pas de ceux de l'hypertrophie : ce sont des *palpitations*, de la *dyspnée*, un *trouble dans le rhythme* des battements du cœur, etc. Aussi cet auteur, se fondant sur cette ressemblance, a-t-il regardé les adhérences comme une cause de l'hypertrophie : opinion corroborée à ses yeux par l'anatomie pathologique, car il a constamment trouvé, chez les sujets morts avec des adhérences du péricarde, une augmentation plus ou moins considérable des cavités et des parois du cœur. Mais il eût fallu suivre attentivement la marche de la maladie, pour s'assurer que réellement la péricardite avait précédé l'hypertrophie, ce qui n'est rien moins que démontré ; d'un autre côté, M. Gairdner (2) a vu qu'à l'ouverture des cadavres, les adhérences du péricarde ne correspondaient pas constamment à une hypertrophie.

Quant à Joseph Frank, qui, sous le nom de *symphyse cardiaque*, a décrit la

(1) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 1855, t. XXI, p. 142 et suiv.
(2) *Monthly Journal of. med sc.*, févr. 1851.

lésion qui nous occupe, il a indiqué quelques symptômes généraux et lo
peuvent s'appliquer à toutes les maladies organiques du cœur. Rien n'est
vague que la description de cette maladie, telle qu'elle a été tracée par les
Quelques-uns cependant ont mentionné certains signes physiques particuli
il importe de dire un mot.

Les docteurs Heim (1) et Sanders (2) avaient cru trouver un signe p
adhérences du péricarde au cœur dans une certaine rétraction qui, à cha
tement, se fait remarquer immédiatement au-dessous des derniers cartil
taux du côté gauche, phénomène dont ils expliquaient ainsi la production : L
carde étant adhérent, d'une part au cœur, et d'autre part au diaphragme,
les fois que le premier se contracte, la pointe est attirée en haut ; elle ent
muscle, qui, à son tour, produit la dépression dont nous venons de parler.
entrer dans la discussion qui a été soulevée à ce sujet, nous dirons que les
auteurs, Laennec, Hope, M. Bouillaud, qui ont porté sur ce point leur att
n'ont pas observé ce phénomène. Enfin, suivant M. Skoda (3), c'est seul
quand l'adhérence du péricarde coïncide avec la position verticale du cœur
cette dépression a lieu.

Hope a donné deux signes particuliers propres à faire reconnaître les adhé
du péricarde : le premier est le *siége des battements* du cœur qui se trouve
élevé que dans l'état naturel, quoique l'augmentation de volume dût faire b
pointe notablement plus bas ; le second est la production d'un *mouvement de
saut*, d'une *secousse brusque* due à la gêne que le cœur éprouve dans sa contr
Ces deux signes n'ont pas été suffisamment recherchés par les autres médeci
ont étudié les maladies du cœur.

M. Bouillaud a, dans un cas (4), entendu un *bruit de râpe* superficiel ch
sujet dont le péricarde adhérait par de fausses membranes endurcies ; mais on
que ce signe ne doit se rencontrer que dans des circonstances particulières,
faut, pour qu'il soit produit, d'une part que les adhérences soient assez lâches
permettre au cœur de frotter sur le péricarde, et de l'autre que l'endurcis
de ces pseudo-membranes soit considérable : circonstances qui doivent se
contrer rarement réunies. Ajoutons que l'auteur n'indique pas l'état des orific
cœur, ce qui augmente encore notre incertitude sur la valeur du symptôme.

Pour M. Forget (5) les signes caractéristiques de l'adhérence générale et réc
sont : le tumulte et la confusion des battements du cœur, la fréquence, la petite
l'inégalité, l'irrégularité du pouls, la dyspnée, l'anxiété précordiale, la tend
aux syncopes avec disparition du bruit de frottement. « Mais, ajoute ce médeci
» aucun de ces signes n'est réellement pathognomonique, aucun n'est constant
» invariable ; ils n'ont de valeur que par leurs combinaisons et leurs rapports av
» les autres circonstances de la maladie. »

(1) Voy. Kreysig, *Die Krankheiten des Herzens*, t. III, p. 621.
(2) *Journal de Hufeland*, 1820.
(3) *Sur les signes auxquels on reconnaît pendant la vie l'adhérence du péricarde au cœ*
(*Arch. gén. de méd.*, 1852).
(4) *Traité des maladies du cœur*, t. I, p. 434, obs. 21.
(5) *Précis théorique et pratique des maladies du cœur*. Strasbourg, 1851, p. 131.
(6) *Loc. cit.*

..., pour M. Skoda (6) l'adhérence du péricarde au cœur est caractérisée par ...ction des espaces intercostaux lorsqu'il y a en même temps adhérence de ... costale au péricarde, et cet auteur ajoute : « La *traction de la moitié in-...e du sternum* est un signe certain de l'adhérence du cœur avec le péricarde, ...que que le cœur est fixé le long de la colonne vertébrale. »

...ne s'est nullement occupé du traitement de cette lésion, à laquelle on peut ...ser celui des maladies organiques du cœur en général. N'ayant donc rien de ...itif à en dire, nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps. Nous ajoute-...ulement que M. Forget (1) admet qu'elles sont non-seulement compatibles ... vie, mais susceptibles de certaines modifications favorables, peut-être même ...olution ; c'est ce que démontrent, selon lui, les brides allongées, les fila-... rompus, etc.

## ARTICLE V.

### LÉSIONS DIVERSES DU PÉRICARDE.

...a quelques autres lésions du péricarde que nous devons nous borner à men-...r ; elles n'ont point, en effet, d'intérêt réellement pratique. Les *plaques ...gineuses, ossiformes*, qui ont été si bien décrites par M. Bizot ; des *granu-... tuberculeuses* que l'on a observées dans quelques cas ; le *cancer*, rencontré ...ennec, MM. Cruveilhier, Andral, Bouillaud, etc. ; les *kystes séreux*, dont ...es médecins des siècles derniers ont cité des exemples ; les *ulcérations*, qui, ...e plus grand nombre de cas, n'étaient probablement que de fausses mem-... offrant une disposition particulière : telles sont les altérations anatomiques ...on a rencontrées quelquefois dans le péricarde, mais qui, dans l'état actuel ...science, sont presque exclusivement du domaine de l'anatomie pathologique, ...s symptômes auxquels elles peuvent donner lieu sont fort peu connus.

...rmi les maladies organiques du cœur, nous avons signalé les *vices de con-...ation*, les *altérations congénitales*. Il n'existe pas d'altérations congénitales ...e vices de conformation du péricarde qui méritent une description particulière. ... passons donc immédiatement à la description des palpitations nerveuses, ...tion purement fonctionnelle, et dont le siége dans l'organe central de la cir-...ion ne pouvait par conséquent pas être précisé.

## APPENDICE.

### *Palpitations nerveuses du cœur.*

#### § I. — Définition.

...ous avons vu dans les articles précédents à combien de lésions organiques se ...portent les palpitations du cœur. Il nous reste maintenant à parler de celles qui ...montrent sans lésions apparentes. Les recherches à ce sujet sont très peu pré-...es. On s'est borné à tracer l'histoire de cette maladie d'après des impressions ...érales, et les auteurs, dans leurs articles, n'ont fait que répéter ce qui avait été

(1) *Loc. cit.*

dit par leurs devanciers. On ne recueille point d'observations de palpitatio veuses du cœur, et il serait par conséquent impossible d'invoquer les faits vérifier les assertions de ces auteurs. Contentons-nous donc d'indiquer rapid les principaux caractères de cette affection.

### § II. — Causes.

On a rangé parmi les *causes* des palpitations nerveuses du cœur l'â l'*hypochondrie*, l'*aménorrhée*, les *flueurs blanches*, les excès de toute espè entre autres les *excès de boissons alcooliques*, une *contention d'esprit* long prolongée, la *nostalgie*, toutes les *émotions morales vives*. Mais quelle est fluence réelle de ces causes ? dans quelle proportion des cas se fait-elle sentir? ce que nous ne pouvons pas déterminer, car rien n'a été fait à ce sujet. On n'a pas aujourd'hui l'existence de palpitations qui seraient *particulières aux étudi* comme l'avaient pensé quelques médecins d'Édimbourg.

### § III. — Symptômes.

Les *symptômes* des palpitations sont fort simples, car ils consistent pre uniquement dans les battements exagérés du cœur. Ces *palpitations*, qui vent surviennent tout à coup pour la plus légère cause, et qui, ainsi que l' remarquer Laennec, se montrent plus particulièrement au commencement nuit, et troublent le premier sommeil, consistent dans une *augmentation d' pulsion* et de fréquence des battements normaux du cœur, et dans une plus gr sonorité des bruits. La région précordiale est soulevée, le malade entend très tinctement son cœur battre, et, ce qui est plus important encore à noter, *il en les pulsations*.

Suivant Laennec, « un sentiment d'agitation intérieure, et surtout dans la et dans l'abdomen, est inséparable de cet état, qui ne diffère de la fièvre qu'en qu'il n'est pas précédé de frissons ni suivi de sueur, et que la chaleur de la reste naturelle. » Mais la comparaison me paraît un peu forcée, car les différe sont, comme on le voit, très considérables.

M. Bouillaud a remarqué que les palpitations sont quelquefois accompag d'un *léger bruit de souffle* qui disparaît aussitôt que le cœur est revenu à son de calme. C'est au premier temps que se fait entendre ce bruit anormal.

Lorsque les palpitations sont très violentes, le malade éprouve à la région pré cordiale un *malaise indéfinissable*; il est porté, malgré lui, à comprimer cett partie, et, suivant M. Bouillaud, il y a quelquefois une tendance marquée au *défaillances* et à la *syncope*.

Il existe souvent des *douleurs intercostales*, ayant surtout de l'intensité vers la région précordiale. M. Sandras (1) attribue à une *névralgie du cœur* l'existence de battements tumultueux joints à cette douleur précordiale. Mais le fait n'est pa démontré. Dans un cas observé par ce médecin, un vésicatoire avec la morphine enleva la maladie. Nous pensons qu'il ne s'agissait dans ce cas, comme dans beau coup d'autres, que de palpitations nerveuses compliquées de névralgie intercostale.

(1) *Journal des connaissances méd.-chir.*, octobre 1848.

…fin, d'après Laennec, les *urines* sont habituellement claires et ténues pendant le temps que durent les palpitations.

Telle est la description de cette lésion fonctionnelle qui n'est point encore suffisamment connue. Il est plus que probable que plusieurs des signes qui viennent d'être indiqués n'ont été admis que d'après la théorie, et peut-être en est-il quelques autres qu'une observation plus attentive nous ferait reconnaître, et que nous ignorons encore.

Maintenant joignons à ces symptômes les résultats de la *percussion* et de l'*auscultation*, qui, bien que négatifs, n'en ont pas moins une grande valeur.

La *percussion* fait constater l'*absence de toute matité anormale*, ce qui est tellement en opposition avec la violence souvent extrême des battements du cœur, que dans le plus grand nombre des cas, ce fait suffit pour exclure l'existence de toute lésion organique. Quant à l'*auscultation*, voici les renseignements qu'elle fournit, suivant Laennec : les bruits, quoique clairs, ne s'entendent pas fortement dans une grande étendue, et le choc, lors même qu'il paraît énergique au premier abord, a peu de force réelle, car il ne soulève pas sensiblement la tête de l'observateur. Ce dernier signe paraît à Laennec le plus important et le plus certain de tous, surtout si l'on y ajoute la fréquence des battements, toujours plus grande que dans l'état naturel ; car le plus souvent, suivant cet auteur, elle est de quatre-vingts à quatre-vingt-seize pulsations par minute.

Quant aux symptômes généraux, ils sont peu remarquables : un peu d'*agitation*, la *fréquence* de la *respiration* en rapport avec celle de la circulation ; par suite, un pouls *vif* et frappant brusquement le doigt, tels sont ceux qu'il importe de mentionner.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement variable. Tantôt le malade est calme et peut, sans en être incommodé, se livrer à des actes qui, dans d'autres moments, produisent des palpitations violentes ; tantôt, au contraire, il est très irritable, et la moindre cause produit un accès de palpitations. Les intervalles de calme ont une durée très différente, suivant les époques et suivant les sujets. Quant à la *durée* totale de la maladie, elle peut être considérable, et c'est là un des caractères qui la distinguent essentiellement des maladies organiques du cœur. Si l'on trouve, en effet, un sujet qui déjà, depuis plusieurs années, présente des palpitations plus ou moins fréquentes, sans qu'à la percussion et à l'auscultation on puisse découvrir aucun signe physique de maladie organique, on ne peut guère douter qu'il ne s'agisse de palpitations nerveuses.

Quelle est la *terminaison* de cette affection ? C'est ce qu'il est très difficile de dire. Peut-elle donner lieu, après une durée plus ou moins considérable, à une lésion organique, à une hypertrophie, par exemple ? C'est là une opinion assez généralement répandue ; mais on cherche en vain les faits sur lesquels elle est appuyée. Ce mode de terminaison, s'il existe, doit être au moins fort rare. « Je ne nie point, dit Laennec, que cela puisse être, mais je dois dire que je n'ai rien vu qui prouve que cette opinion soit fondée. On peut ajouter que la plupart des autres auteurs n'ont point fait à ce sujet d'observations plus précises. La terminai-

son des palpitations nerveuses est donc encore très peu connue. On les a vues cesser en même temps que les excès qui en avaient déterminé l'apparition.

### § V. — Lésions anatomiques.

Il est inutile de dire qu'on ne trouve point, chez les sujets qui ont succombé à d'autres affections, de *lésions anatomiques* qui rendent compte des palpitations dont le cœur a été le siége; car c'est là précisément ce qui leur fait donner le nom de *palpitations nerveuses*.

### § VI. — Diagnostic.

Le *diagnostic* de cette affection est important, car il peut avoir une grande influence sur le pronostic. Deux choses sont à considérer pour l'établir sur des bases solides : 1° l'absence d'une matité augmentée à la région précordiale, et d'un soulèvement très notable de la paroi thoracique; 2° les exacerbations considérables de la maladie, et son intermittence plus ou moins complète; car, quoi qu'on en ait dit, il est au moins très rare de trouver des palpitations nerveuses continues.

On ne pourrait guère confondre ces palpitations qu'avec l'*hypertrophie du cœur*; mais d'abord l'absence de la matité augmentée suffit pour les distinguer de l'hypertrophie avec dilatation, et quant à l'hypertrophie simple, nous savons qu'elle présente une impulsion notable, un soulèvement considérable des parois de la poitrine, et une obscurité plus ou moins considérable des bruits du cœur; tandis que, dans les palpitations nerveuses, l'impulsion et le soulèvement des parois de la poitrine sont peu considérables, et les bruits du cœur sont clairs et forts.

Quant aux palpitations qui ont lieu chez les *chlorotiques*, les *anémiques*, les sujets affectés d'une *péricardite*, d'une *communication anormale* des cavités, etc., elles se lient à une série de symptômes qui ont été décrits ou le seront par la suite, et qui suffisent pour écarter toute cause d'erreur. Il est inutile de donner un tableau synoptique de ce diagnostic fort simple, mais que le praticien doit avoir, je le répète, présent à l'esprit, s'il veut éviter toute confusion entre des maladies d'une gravité très différente.

### § VII. — Traitement.

Le *traitement* de cette affection, assez fréquente chez les femmes, doit être présenté avec quelques détails. Tous les auteurs s'accordent à dire que les *émissions sanguines* ne doivent pas être employées. Elles n'ont, en effet, dans cette maladie, comme dans toutes celles qui sont de nature purement nerveuse, aucune efficacité réelle, et, bien plus, elles exposent les malades à l'anémie, qui est elle-même une cause de palpitations. Cependant si, comme le fait remarquer Laennec, il existait un état pléthorique, une complication ou une indication quelconque qui parût réclamer la *saignée*, on ne devrait pas hésiter à la mettre en usage, mais toujours avec modération, car il y aurait plus d'inconvénients à dépasser le but qu'à rester en deçà. Au reste, nous ne pouvons présenter sur ce point que des généralités, des renseignements bien précis nous manquant complétement.

Les *ferrugineux* ont été employés dans les palpitations nerveuses aussi bien que dans les palpitations chlorotiques; mais malheureusement les observations nous

manquent encore pour décider si elles ont, dans cette maladie, une aussi grande efficacité que dans la chlorose. Les diverses préparations ferrugineuses : les *pilules de Blaud*, de Vallet, les *eaux ferrugineuses*, la *limaille de fer*, etc., remplissent toutes cette indication, sur laquelle je reviendrai plus en détail dans l'histoire de la chlorose.

Les *toniques* ont été quelquefois ordonnés. La substance qui est le plus fréquemment mise en usage est sans contredit le *quinquina*, qu'on a également prescrit dans les névralgies et dans les névroses. On peut le faire prendre en poudre, uni au *cachou*, d'après la formule suivante :

℞ Quinquina.............. 10 gram. | Cachou.................. 5 gram.

Divisez en deux paquets. Dose : un le matin et l'autre le soir.

Ou bien encore donner le quinquina en extrait, ou dans une potion, suivant les formules généralement usitées.

Je n'en dirai pas davantage sur cette médication, qui n'a pas encore été l'objet d'expérimentations suffisantes.

Les *calmants* et les *antispasmodiques* ont dû nécessairement trouver place dans le traitement d'une maladie de nature nerveuse. Laennec recommande l'infusion de *laurier-cerise*, mais il est plus convenable d'administrer ce médicament à l'état d'*eau distillée*, de manière à pouvoir le doser sans crainte de dépasser les bornes. *Dix à quarante gouttes* d'eau distillée de laurier-cerise dans une potion ordinaire sont suffisantes. L'*acide hydrocyanique* a été mis en usage dans le même but; mais comme il n'a pas d'action particulière, il est inutile d'y avoir recours.

La *digitale pourprée* a été également prescrite, et son action marquée sur la circulation doit en effet engager à l'employer. Non-seulement on l'administrera à l'intérieur sous forme de sirop, de potion, de teinture, et surtout de *teinture éthérée*, mais encore on fera pratiquer des frictions sur la région précordiale et sur l'épigastre avec la teinture alcoolique. J'ai déjà indiqué plus haut diverses manières d'administrer ce médicament.

M. Forget (1) conseille les *inhalations d'éther* ou *de chloroforme*, mais de manière à ne pas amener l'anesthésie.

Lorsqu'il existe une douleur intercostale à la région précordiale, on doit la traiter par les *vésicatoires volants* avec ou sans *morphine*. On a vu plus haut le succès qu'a obtenu M. Sandras par ce moyen.

Les *bains tièdes* ou *frais*, suivant la saison, ont été prescrits avec avantage par Laennec; et si l'on joint aux moyens qui viennent d'être indiqués un *bon régime*, un *exercice modéré*, et autant que possible un calme parfait, on aura tout ce que l'expérience de nos devanciers nous a appris sur ce traitement, qui, je le répète encore, aurait besoin d'être étudié de nouveau d'une manière suivie et à l'aide d'observations rigoureuses.

(1) *Loc. cit.*

## ARTICLE VI.

### ANGINE DE POITRINE.

L'angine de poitrine est une de ces affections dont il est difficile de déter nature et le siége, malgré les travaux nombreux entrepris sur ce sujet. Le nombre d'opinions émises par les auteurs, sans en excepter celle que M. La a développée récemment avec beaucoup de talent, laissent le médecin dans une grande incertitude, que l'examen des faits n'est pas de nature à faire cesser, ils sont presque tous dissemblables par quelques points; on y trouve des co cations qui masquent le véritable caractère de la maladie, et l'examen des anatomiques signalées par les auteurs, loin de jeter un grand jour sur la que ne fait au contraire que la rendre plus obscure.

Cette maladie n'a été bien étudiée que vers la fin du siècle dernier et celui-ci. On a cherché des traces de sa description dans les écrits des ancien le diagnostic était alors trop peu précis pour qu'on doive accorder une g importance à ces indications. Nous ne présenterons pas ici un historique d de cette maladie; le lecteur le trouvera dans le mémoire récent de M. Lar Nous nous bornerons à dire que F. Hoffmann (1) a cité plusieurs cas de cette tion; que Morgagni (2) en a fait connaître de très intéressants; que Heberde qui l'a désignée le premier sous le nom d'*angine de poitrine*, en a donné une bonne description, et qu'après lui Fothergill, Wichmann, Baumes (4), Bre Jurine (6), Gintrac (7), Forbes (8), les auteurs du *Compendium* (9), et M. Lartigue (10), ont décrit plus exactement cette affection et ont émis nature des opinions très diverses, comme nous le disions plus haut.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après ce que nous venons de dire, la définition de l'angine de poitrine est difficile. Pour ne pas anticiper, nous allons nous borner à indiquer ses princ caractères, nous réservant de discuter son siége et sa nature à l'article du diagn

L'*angine de poitrine* est une affection caractérisée par une douleur viole subite, ayant son siége à la partie inférieure de la région sternale, s'étendant vent au cou et au bras, et occasionnant un tel sentiment d'angoisse, que les ma sont obligés de s'arrêter et de rester complétement immobiles jusqu'à ce qu'e soit dissipée.

Cette maladie a reçu les noms de *cardiogmus cordis sinistri* (Sauvages); *a pectoris;* de *sternalgie*, *sternocardie*, *syncope angineuse*, *arthritique*, etc.

(1) *De asthm. convuls.*
(2) *De causis et signis*, etc.
(3) *Lect. concern. angin. pect.*, etc. (*Med. Trans.*, 1785, t. III).
(4) *Ann. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, octobre et novembre 1808.
(5) *De la sternocardie, etc.* (*Journ. gén. de méd.*, t. LXII).
(6) *Mémoire sur l'angine de poitrine.* Paris, 1815.
(7) *Mém. et observ. de méd. clinique, etc.* Bordeaux, 1830, in-8.
(8) *Cyclopædia of pract. med.*, t. I. London, 1833.
(9) Article *Angine de poitrine*, t. I.
(10) *De l'angine de poitrine.* Paris, 1846.

on connaisse un assez grand nombre d'exemples d'angine de poitrine,
s dire que sa fréquence soit grande. Elle l'est beaucoup moins qu'on
, si l'on acceptait sans examen toutes les observations fournies par les
les nuances qui existent entre l'angine de poitrine et d'autres affections
it, comme on le verra plus loin, si légères, que les erreurs de diagnostic
entes.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

uivant les recherches rigoureuses de M. Lartigue, l'angine de poi-
lon les autres auteurs, aurait son maximum de fréquence à l'époque
nprise entre quarante et cinquante ans, ne se montre pas dans l'en-
s rare avant vingt-cinq ans, puis augmente de fréquence jusqu'à cin-
*devient très fréquente de cinquante à soixante*, et diminue ensuite

.

Les hommes en sont plus fréquemment affectés que les femmes, et cela
portion très considérable (:: 11 : 1).
*f* a été admise d'après quelques faits qui, ainsi que le fait remarquer
, ne sont pas parfaitement concluants.
*ns.* — Les professions manuelles prédisposent moins à l'angine de poi-
s autres. M. Lartigue a constaté que, parmi les faits connus, il y en a
ion considérable qui ont été observés chez les prêtres. Suivant le doc-
, cette affection se montre plus fréquemment dans les villes que dans
s.
savons rien de précis sur l'influence de la *constitution* et du *tempéra-*
ction est plus fréquente dans les *climats* froids et humides que dans
hauds.
rdé le *vice rhumatismal* et le *vice goutteux* comme une des causes
tes les plus puissantes.

#### 2° Causes occasionnelles.

que tous les cas, la première attaque s'est produite au moment où les
*haient contre le vent*, *montaient un escalier*. On l'a vue se manifester
*tion de se raser;* après un *excès alcoolique*, un *accès de colère*, une
*érieure.*
s déterminantes des accès suivants sont de la même nature; mais, à
la maladie fait des progrès, il suffit d'une cause de plus en plus légère.
oit l'accès se produire au moindre *faux pas*, dans un *simple mouve-*
*forts de toux*, dans l'*acte de la défécation*, dans le *coït*, etc.

### § III. — Symptômes.

ce qui vient d'être dit, le *début* est presque toujours brusque. Les
it le plus souvent atteints de leur premier accès au milieu d'une très
, ou s'ils éprouvaient les symptômes d'une maladie antérieure, ces sym-

ptômes ne s'étaient nullement aggravés peu de jours avant l'invasion de l'an poitrine.

La *douleur* est le symptôme capital de cette maladie. Elle marque le dé l'attaque. Rarement son apparition est précédée d'un malaise général, d'une i tude plus ou moins grande, d'un bouillonnement vers l'hypochondre gauch

Cette douleur se fait sentir derrière le sternum, à sa partie inférieure, au de la région précordiale, et c'est là que les malades la ressentent tout d'abord quelques cas cependant, on l'a vue débuter dans le bras, dans le cou, surtou qu'il existe une névralgie brachio-thoracique.

Suivant M. Lartigue, la douleur ne peut exister que du côté gauche, auteur, regardant l'angine de poitrine comme une névralgie des nerfs card ne pouvait pas, en effet, admettre qu'il en fût autrement. Cependant La cité un cas où la douleur poignante était à droite, et nous-même, à l'époq publication de notre *Traité des névralgies*, nous signalâmes un cas dans l douleur se faisait sentir dans le quatrième espace intercostal du côté droit. I reusement nous ne sommes pas entré dans de plus longs détails, et, n'ayan notes, nous ne pourrions plus aujourd'hui compléter cette observation. C' nouvelle preuve de la nécessité d'entrer dans tous les détails nécessaires qu rapporte les faits.

Quoique le *siége* de la maladie soit un peu à gauche du sternum, elle i pas de se faire sentir du côté droit; car, suivant Fothergill, elle se porte d'une ligne qui irait d'une mamelle à l'autre.

La douleur est poignante; les malades éprouvent un sentiment de const quelques-uns se plaignent d'une douleur pongitive. Ce qu'il faut surtout no c'est un caractère général, c'est la violence extrême de cette douleur, qui qu'au rapport des malades on ne peut pas en imaginer une plus grande.

Cette douleur peut rester fixée au sternum. Assez souvent elle s'étend de la poitrine, au cou et au bras correspondant. Il résulte des recher M. Lartigue que, dans ces derniers points, la douleur est beaucoup moins ne consiste le plus souvent qu'en un sentiment de torpeur, d'engourdissem quelques picotements ou fourmillements, etc.

*État des voies respiratoires.* — Il faut prendre garde, quand on exa symptômes fournis par les voies respiratoires, d'attribuer à l'angine de poi qui n'est que le résultat d'une complication, ou bien, d'après M. Lartigue appartient à une autre maladie. L'angine de poitrine peut survenir chez sonnes qui ont la respiration gênée par suite d'un emphysème, d'une affe cœur, etc.; mais la gêne de la respiration n'est pas un caractère essentiel affection. Au moment où la douleur se manifeste, la respiration reste sus parce que les malades n'osent pas respirer; et s'ils redoutent la suffocatio qu'ils craignent la durée de cette angoisse dans laquelle ils n'osent pas f mouvement d'inspiration. Il en est, au contraire, quelques-uns qui éprou besoin de faire des inspirations profondes; les cas de ce genre sont rares. Ce il n'est pas douteux que, dans un certain nombre de cas, la respiration gênée, bien que les signes de l'angine de poitrine soient évidents, et que trouve ni dans une lésion du poumon ni dans une lésion du cœur la cau dyspnée. Suivant M. Lartigue, c'est qu'alors l'angine de poitrine est en q

une place à part.

sme de l'aorte ascendante, en particulier, est celui qui occupe une raisseau comprise entre son origine et le point où, après avoir fourni s-clavière gauche, il descend dans la profondeur de la poitrine.

rysme *n'est pas très fréquent*, si on l'envisage d'une manière ab- s si on le compare aux autres anévrysmes des artères internes, on [ue sa fréquence relative est considérable. Si, en effet, nous recher- oportion des anévrysmes de l'aorte ascendante dans les observations que réunies, nous trouvons, sur 27 cas dans lesquels l'autopsie a été prati- i indiquent le lieu précis où siégeait l'anévrysme, 17 fois cette lésion tion ascendante ou dans la crosse; en sorte que, d'après ces faits, aux- ait utile qu'on en joignît un plus grand nombre, l'anévrysme siége aux riennent d'être indiqués presque dans les deux tiers des cas.

## § II. — Causes.

es des diverses espèces d'anévrysmes de l'aorte ne présentent pas des assez grandes pour qu'il soit nécessaire de les étudier séparément. Nous : en faire une exposition générale. Nous indiquerons seulement, che- t, à quelle espèce appartiennent plus particulièrement les causes trau-

### 1° Causes prédisposantes.

rouve que peu de renseignements satisfaisants dans les auteurs sur les lisposantes de l'anévrysme; des recherches exactes n'ont point été faites nce de l'*hygiène*, de la *constitution*, des *professions*, etc.; aussi n'est-ce ement que l'on peut arriver à quelque présomption sur l'action de ces

On arrive au même résultat par d'autres considérations. Quoique Lassus ait tendu le contraire, il est démontré, par les observations de M. Bizot et recherches inédites de M. Louis, que les altérations des parois artérielles sont fréquentes chez la femme que chez l'homme. Or, comme l'existence de ces tions est une condition favorable au développement des anévrysmes, il en que l'on devrait, si le genre de vie n'avait pas une grande influence, trouver vrysme aussi fréquemment chez le sexe féminin que chez le sexe masculin, vient de voir qu'il n'en est rien. Les conditions hygiéniques ont donc une évidente sur la production de cette maladie.

On a encore rangé parmi les causes prédisposantes : l'*hypertrophie acti* cœur, dans laquelle le sang, étant poussé avec violence dans l'artère, tend samment à la dilater; les *mouvements violents* et répétés; les *grands musculaires* ou *respiratoires;* en un mot, tout ce qui accélère considérab la respiration. Tout porte à croire, en effet, que ces causes ont une grande sance; mais, pour en établir toute l'influence, il faudrait se livrer à de nou recherches.

Enfin il existe dans l'aorte elle-même certaines conditions organiques qui risent le développement de l'anévrysme. M. Bizot, ayant remarqué que, d cas de dilatation considérable sans tumeur anévrysmale proprement dite, les m branes internes et moyennes présentaient des plaques cartilagineuses et osseu très grande quantité, en a tiré cette conséquence naturelle, que le défaut d'é cité des parois de l'aorte et l'impossibilité de revenir sur elles-mêmes après dilatation étaient la cause incessante de la dilatation dont il s'agit. Hodgson avait fait la même remarque, et, dans les faits de dilatation que nous avons sous les l'état du vaisseau était tel qu'il vient d'être indiqué. La conclusion de ce qui cède est fort simple : l'altération des parois artérielles, en l'absence des cond hygiéniques dans lesquelles se trouvent les hommes, n'est pas ordinairement saute pour produire l'anévrysme vrai, et réciproquement.

On ne trouve pas de considérations semblables pour expliquer le développ de l'*anévrysme partiel* vrai, mais aussi nous verrons que l'existence de cet vrysme, porté du moins à un assez haut degré, présente des doutes sérieux.

Enfin les destructions partielles de la membrane interne et moyenne, dues altérations décrites plus haut, sont les conditions organiques qui, jointes aux ditions hygiéniques déjà mentionnées, préparent le plus souvent, si ce n'est jours, la formation de l'*anévrysme faux*. Lorsque ces membranes, et surtout moyenne, qui est sans contredit la plus forte, la plus résistante et la plus élasti sont détruites plus ou moins complétement, l'effort latéral du sang se fait sentir la portion du vaisseau affaiblie, et détermine la formation du sac anévrysmal.

Corvisart ayant trouvé, dans deux cas, de *petites tumeurs* siégeant sur l' pleines d'une matière semblable au caillot fibrineux des anévrysmes, et séparées l'intérieur du vaisseau par une membrane semblable à la membrane interne, pensé que, dans ces cas, la destruction des parois de l'aorte ayant eu lieu de en dedans, n'avait respecté que cette dernière membrane, et il en avait concl l'anévrysme faux pouvait se former de cette manière : car, dit-il, si la membr interne avait, par suite des progrès de la maladie, été elle même perforée, le anévrysmal se serait ainsi trouvé formé. Mais les recherches récentes, et surtout

de l'aorte, sont autant de circonstances que l'on doit naturellement mme favorisant le développement des anévrysmes, et l'observation, ainsi n, vient confirmer cette manière de voir, puisque cette partie du vaisseau up plus fréquemment que toutes les autres le siége de cette lésion.

est une lésion qui favorise tout spécialement la dilatation générale de est le rétrécissement ou l'oblitération de ce vaisseau dans un point plus éloigné de son origine. La partie située en de çà de ce point présente alors souvent très considérable, ainsi que nous le verrons plus loin, quand serons l'histoire de ces oblitérations.

### 2° Causes occasionnelles.

possible, dans un grand nombre des observations particulières, de saisir qui ont pu déterminer la formation de l'anévrysme. Dans 34 cas que s rassemblés, nous n'en trouvons que 11 qui nous donnent quelques rents à cet égard; en voici le relevé. Dans 10 cas d'anévrysme faux de l'aorte e, nous trouvons trois fois des violences extérieures : un *coup sur la poi-* : *chute de cheval*, le *passage d'une roue de voiture sur le thorax*. Chez sujet, les premiers signes évidents de l'anévrysme se sont produits au l'un *mouvement brusque*. Et enfin, chez d'autres, un *effort violent* pour un fardeau ou éviter une chute a été immédiatement ou presque immé- suivi des premiers symptômes. Un sujet se plaignit d'avoir des *rhumes* , et peut-être sera-t-on tenté d'attribuer aux efforts de la toux le même ux efforts musculaires dont il vient d'être question; toutefois les sym- s se sont pas manifestés brusquement, comme dans les cas précédents. sont les seules données que nous ayons sur ce point d'étiologie. Un dou- et attribuait, il est vrai, sa maladie à la *fatigue* et aux *chagrins*; mais ce

Chez d'autres, au contraire, tels que celui qui éprouva les premiers sym la maladie après avoir eu la poitrine comprimée sous une roue de voitur avait été bonne jusqu'au moment de l'accident, et l'on est disposé à adm ce cas, l'existence d'un véritable anévrysme traumatique.

## § III. — Symptômes.

### 1° Dilatation de l'aorte ascendante.

Il importe de rechercher si la dilatation simple présente quelques particuliers qui puissent la faire distinguer des autres espèces d'anévrysm ne trouve à ce sujet, dans les auteurs, que des renseignements très vag incomplets. On s'est borné à dire qu'en pareil cas la circulation n'était bléc, et que la lésion n'occasionnait d'accidents que par son volume et p pression qu'elle exerçait sur les organes voisins. Dans deux cas de simple (1), où les symptômes ont été décrits d'une manière assez comp les seuls signes que nous ayons trouvés : la maladie durait depuis lon existait dans le trajet de l'aorte un bruit de souffle au premier temps da et un frémissement cataire aux deux temps dans l'autre. Ce dernier b son maximum dans le troisième espace intercostal droit, à côté du ste voyait chez ce sujet un soulèvement marqué de la poitrine à chaque dia rielle, dans le point qui vient d'être indiqué, ainsi que dans les creux po laires. Le pouls était plus faible à gauche qu'à droite. Il y avait chez l'aut une dyspnée considérable; la face était violette, et l'on observait les sig asphyxie lente. Ce dernier eut, à plusieurs reprises, une expectoration d sanguinolents, et cependant le pouls était régulier, sans accélération, et sa force normale.

Les signes précédents doivent-ils être considérés comme appartenant à la dilatation simple? Non, sans doute, car nous les retrouverons dans espèces. Toutefois il était bon de les signaler, car, joints à l'absence tumeur, ils peuvent servir à faire diagnostiquer cette espèce d'anévrysm grave, toutes choses égales d'ailleurs, que celles dont il nous reste à serait bien à désirer que des recherches méthodiques, faites dans le but tériser les diverses espèces d'anévrysmes, vinssent nous éclairer sur un p important.

*Sac anévrysmal.* — Nous avons vu plus haut qu'on avait divisé les an avec dilatation latérale en vrais, en faux et en mixtes. Serait-il possible les symptômes, de découvrir, pendant la vie, quelle est l'espèce de l'a soumis à l'observation? Nous verrons à l'article *Lésions anatomiques* q vrysme vrai n'a jamais qu'une très petite étendue, et que le plus souv peut donner lieu à aucun signe. Dans quelques cas, il est vrai, on a adm tence de cet anévrysme, quoique le sac anévrysmal fût considérable; n avons vu plus haut combien de doutes s'élèvent sur ce fait. Voici, au que l'on trouve dans une observation rapportée par M. Bouillaud (2). Ap

(1) L'un d'eux m'a été communiqué par M. Cossy, alors interne des hôpitaux, d'hui médecin en Suisse, qui l'a recueilli dans le service de M. Louis.

(2) *Mémoire sur le diagnostic de l'anévrysme de l'aorte* (*Archives générales* cine, 1re série, t. III, p. 549).

ieux.

ncuterons plus loin la question de savoir si, dans les cas de ce genre, il
lement ce qu'il faut entendre par le mot *anévrysme vrai ;* notons, quant
l'ensemble de ces symptômes, et voyons si nous en trouverons de diffé-
l'anévrysme faux.

### 2° Anévrysme faux de l'aorte ascendante.

— Suivant que la maladie se forme tout à coup par suite d'une violence
, ou qu'elle se produit graduellement, par suite des lésions des membranes
le début est très différent. *Dans le premier cas* (et nous n'examinons ici
ts dans lesquels la maladie a été produite par une cause traumatique chez
antérieurement bien portants, du moins en apparence), il se développe
itrine une douleur plus ou moins vive; la respiration est gênée, les bat-
e l'artère sont pénibles, et enfin, au bout d'un certain temps, tous les
l'anévrysme se manifestent. Chez un sujet il survint, dès le second jour
cident, des troubles notables de la circulation; chez d'autres ce ne fut
t d'un certain temps. *Dans le second cas*, il y a, pour ainsi dire, deux
s le début : l'un lent et graduel, qui résulte du travail interne par lequel
t un commencement d'anévrysme partiel ou une dilatation générale, et
nque, qui coïncide avec la formation d'une tumeur ordinairement con-
produite par la rupture des membranes interne et moyenne, et souvent
en peu de temps à l'extérieur. On constate, à ce moment de la maladie,
s signes que dans le début traumatique.

*ômes*. — La *douleur* n'a que rarement fixé l'attention des observateurs ;
mentionnée que dans huit des cas que nous avons rassemblés, et qui la pré-
d'une manière plus ou moins notable. Une seule fois elle était bornée à la

cette opinion. Dans un cas que nous avons actuellement sous les yeux, l'anévrysme n'a donné lieu, *pendant quatre ans*, qu'à un seul symptôme : une douleur lancinante s'irradiant dans les nerfs du cou, de l'épaule et du bras gauche, qui a été pendant longtemps *prise pour une névralgie*.

*Auscultation.* — Les *bruits* qui se produisent dans l'intérieur de la poitrine ont été décrits avec beaucoup de soin dans les articles généraux ; mais dans les observations, ces signes importants n'ont généralement pas été indiqués d'une manière satisfaisante. D'après les auteurs, on entend sous le sternum, et suivant le trajet d'une ligne qui remonterait de la base du cœur vers l'articulation sterno-claviculaire droite, un bruit fort, éclatant, isochrone aux battements du pouls, et coïncidant avec un soulèvement étendu de la poitrine. Un bruit semblable n'a été signalé que chez six sujets parmi ceux dont nous avons rassemblé les observations, mais sans doute il l'aurait été plus souvent si l'auscultation avait été convenablement pratiquée. Parmi les *bruits anormaux*, le bruit de *souffle* et le *frémissement cataire* sont les plus importants à étudier. Le premier a été signalé chez six sujets, dont trois présentaient des tumeurs externes bien plus propres à faire diagnostiquer l'anévrysme de l'aorte que tout autre signe. Quant au frémissement cataire ou vibratoire, il a été mentionné dans cinq cas, et ce bruit était non-seulement entendu à l'aide du stéthoscope, mais encore sensible à la main. C'est vers le bord droit du sternum, au-dessus de la troisième côte, que ces bruits ont leur siége principal. Dans un cas que nous avons récemment observé, il y avait un *bruit musical* entendu à une grande distance de la poitrine, et ayant lieu au second temps.

*Percussion.* — La percussion a été bien rarement pratiquée d'une manière convenable. Nous ne trouvons ses résultats mentionnés que cinq fois, et cependant elle a fourni des signes importants, puisque dans ces cinq cas, et notamment dans un qui a été recueilli par Hope, on a trouvé une matité complète sous le sternum, remontant vers le côté droit de la poitrine, et remarquable surtout en dehors du sternum, entre la deuxième et la troisième côte. On comprendra toute l'importance de ce signe, si l'on considère qu'il a servi à faire diagnostiquer la maladie en l'absence de toute tumeur externe. C'est donc un point sur lequel on ne saurait trop appeler l'attention des observateurs.

Lorsqu'il n'existe point encore de tumeur, il importe d'examiner avec soin la force des battements ou l'*impulsion* de l'artère. Dans les observations que nous avons rassemblées, l'impulsion a été bien rarement examinée. Nous ne la trouvons mentionnée que dans un seul cas, où elle était forte et soulevait la poitrine au premier temps ; mais il existait en même temps une hypertrophie considérable des ventricules, et comme le soulèvement se montrait principalement au sternum et dans un point correspondant à la base du cœur, tout porte à croire que c'était à la contraction exagérée des ventricules qu'il était dû. Ainsi, dans l'état actuel de la science, lorsqu'il n'existe point de tumeur aux parois de la poitrine, on ne trouve dans la force des battements de l'artère aucun signe positif pour le diagnostic.

En même temps que ces symptômes se manifestent, on constate, dans les cas où il existe une tumeur, comme dans ceux où il ne s'en est point encore formé, l'*absence du bruit respiratoire* dans un point plus ou moins étendu du côté droit de la poitrine. Elle a ordinairement son maximum auprès du sternum et dans le troisième espace intercostal. Toutefois son siége varie suivant le lieu occupé par la

ite, arrondie et sans changement de couleur à la peau. Dans les observa-
es par MM. Dusol et Legroux (1), elle faisait une saillie de 2 à 4 cen-
mais quelquefois elle acquiert des dimensions bien plus considérables.
i que dans une observation de Rosinus Lentilius (2) elle avait acquis le
une tête d'enfant, et que dans une autre, rapportée par Wagner (3), elle
'osseur d'une mamelle de femme.

ar degrés que la tumeur acquiert ce développement. Cependant, dans les
ous avons cités, on l'a vue, à certains intervalles, et ordinairement à la
orts considérables ou de grandes fatigues, faire tout à coup des progrès
ui s'arrêtaient ensuite sous l'influence du repos.

*e de cette tumeur*, lorsqu'elle est peu volumineuse, se trouve ordinaire-
niveau du troisième ou du second espace intercostal; elle est alors sans
nt de couleur à la peau, et présente soit une fluctuation obscure, soit une
de dureté. Lorsqu'elle a acquis un développement considérable, elle oc-
grande étendue du côté droit de la poitrine, depuis la clavicule jusqu'au
la quatrième côte. Alors elle peut être bosselée, comme nous en avons
a exemple dans les observations, et, par suite de ses progrès, la peau
mincie, violacée, et quelquefois finit par se rompre.

que époque qu'on examine la tumeur, on y trouve des *pulsations* larges,
toute son étendue, et visibles à l'œil. Cependant il y a des degrés assez
dans l'intensité de ces pulsations, ce qui dépend de la plus ou moins
bondance des caillots solides qui se forment dans l'intérieur du sac ané-
Lorsqu'elle est molle et qu'elle présente une fluctuation sensible, comme
x des cas cités par MM. Dusol et Legroux, elle est réductible, au moins
; et si alors, comme c'est le cas ordinaire, il y a déperdition de substance
os qui forment la paroi thoracique, on peut sentir, en la réduisant, la
de ces os, l'ouverture qui résulte de leur perforation, et parfois un peu de

temps, et tantôt à l'un et à l'autre, sans qu'il soit possible de dire rien de précis à cet égard.

M. Barker (1) a rapporté deux cas dans lesquels, selon lui, il n'y avait ni battements ni bruits anormaux (2). Le rédacteur des *Archives générales de médecine* (3) a fait remarquer, avec raison, que ces signes ont échappé à l'investigation, ou qu'ils ont peut-être été regardés comme étant de trop peu d'importance.

Qu'il y ait ou non une tumeur externe, la *respiration* est plus ou moins altérée. Dans les observations que nous avons rassemblées, il n'y a qu'une seule exception à cette règle. Une *dyspnée* ordinairement violente, continue, mais offrant des exacerbations marquées, commence avec les premiers symptômes, et va ensuite en augmentant. Souvent elle est portée jusqu'à l'orthopnée, et les malades ne peuvent pas supporter le décubitus horizontal. Chez quelques sujets la respiration est sifflante, et parfois on les croirait atteints d'un accès d'asthme. Lorsque la gêne de la respiration est portée à ce point, il y a en même temps une *oppression* marquée qui se fait sentir le plus souvent dans la partie moyenne de la poitrine. C'est dans la production de ce symptôme que la compression des organes voisins joue peut-être le plus grand rôle. Nous avons sous les yeux une observation qui nous a été communiquée par M. Louis, et qui, sous ce rapport, comme sous plusieurs autres, offre un grand intérêt. Il s'agit d'un anévrysme ayant son siége immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, et faisant saillie à la fois à droite et en avant, de sorte que la compression s'exerçait directement sur le tronc de l'artère pulmonaire. Dans la poche anévrysmale, qui était d'une étendue considérable, puisqu'elle avait environ 47 millimètres de profondeur et 5 centimètres de diamètre, on ne trouvait pas de caillots; d'où il résultait nécessairement que la compression devait s'exercer avec violence à chaque contraction du cœur, à chaque ampliation de l'artère dilatée; que le cours du sang dans l'artère pulmonaire était alors considérablement gêné, et que le sang devait stagner dans les poumons. Or, chez ce sujet, les accès de dyspnée, au moins vers les derniers temps de la maladie, étaient si violents et si fréquents, qu'il n'avait aucun repos, était désespéré, et désirait la mort.

La *toux* est loin d'être rare dans l'anévrysme de l'aorte ascendante. La plupart des observations signalent ce symptôme, sur lequel la compression de la trachée, des bronches et du poumon a une notable influence; mais il y a de très grandes différences dans sa fréquence et dans son intensité. Chez quelques sujets elle est rare, légère et sèche; chez d'autres, au contraire, elle est fréquente, intense, douloureuse, et s'accompagne de crachats ordinairement muqueux. Dans le tiers des cas environ, les malades ont eu quelques hémoptysies peu abondantes, et consistant le plus souvent dans quelques crachats teints de sang. Lorsqu'il s'agira de la terminaison de la maladie, nous dirons un mot des cas assez rares dans lesquels l'ouverture de l'anévrysme dans la trachée-artère détermine une hémorrhagie foudroyante, dont Corvisart et Hope ont cité des exemples.

L'*auscultation des voies respiratoires* ne fait entendre ordinairement qu'un peu de râle muqueux; mais lorsque la tumeur comprime une grosse bronche, il peut

(1) *London med. chir. Trans.*, 1845, t. XXVIII.
(2) *Archives de méd.*, 1846, 4e série, t. XII, p. 205.
(3) Numéro d'octobre 1846, même volume, p. 208.

hénomène qui mérite d'être signalé. On a trouvé, en pareil cas, une plète de la respiration, sans augmentation ni diminution de sonorité à ı, dans les points où allait se rendre la bronche comprimée. C'est surme compression semblable a lieu que la dyspnée a une intensité exqu'elle porte sur la trachée, la suffocation est complète, et le malade ms un état d'asphyxie.

pme *comprime un des nerfs récurrents*, il peut en résulter l'*extinc*-c. Le docteur Banks (1) cite un cas de ce genre. Cette compression ainé l'*atrophie des muscles du larynx* du côté correspondant, le mane altération particulière de la voix ; c'était une raucité avec extinction. ıcoup parlé de l'état du *pouls* dans l'anévrysme de l'aorte, et dans les iraux on a cité comme un des signes les plus constants l'inégalité des s deux artères radiales, l'intermittence du pouls, son défaut d'isochroles battements du cœur ; mais malheureusement les observations manouvent de détails sur ce point important. Dans celles que nous avons , il n'en est que onze qui en fassent mention, et les résultats de leur très variables. Ainsi nous avons trouvé le pouls intermittent une seule concentré ou imperceptible, trois fois ; présentant un défaut d'isochro--à-dire battant sensiblement plus tard que le cœur, une fois ; fort et ite et faible à gauche, une fois ; et enfin régulier, présentant sa largeur n un mot, à l'état normal, cinq fois. On voit par ce relevé que les signes t du pouls n'ont pas une valeur aussi grande qu'on l'a supposé. Toutet de rigueur dans les observations ne permet d'avancer cette pro; d'une manière provisoire. Les recherches ultérieures viendront sans éclairer à ce sujet. Nous devons ajouter que, dans les observations, s trouvé aucun rapport entre l'étendue de l'anévrysme et l'état partiouls.

s *veines* n'a point été étudié avec plus de soin. Sept fois seulement on es tendues au cou, à la poitrine, et même à l'abdomen. Dans quatre de a constaté à l'autopsie une compression des grosses veines ou une altéle de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, qui rendait compte de cet rculation veineuse. Il est très possible que, dans la plupart des autres t pas fait mention de ces vaisseaux, parce qu'ils étaient à l'état naturel ; ujet on ne peut former que des conjectures. Nous avons en ce moment ux un malade qui a un anévrysme de la fin de la crosse avec tuie, et chez lequel il s'est produit un *réseau de veines dilatées* sur la ieure de la poitrine et de l'épaule gauche. Cette lésion, due manifesa *compression de la veine mammaire*, n'a pas été signalée par les

est ordinairement vultueuse, bouffie ; les lèvres sont violettes ; en un te une *congestion veineuse* évidente. Sur treize cas dans lesquels il est ı du *facies*, il se présentait dix fois avec ces caractères ; dans les trois ce était naturelle ou seulement remarquable par sa pâleur. C'est dans les ı les plus volumineux, dans ceux qui présentent une tumeur saillante

n *quarterly Journ. of med.*, août 1851.

à l'extérieur, et dans lesquels la circulation veineuse est très gênée, par compression, qu'on remarque principalement cet état de la face.

L'*infiltration des extrémités* est beaucoup moins fréquente. Dans il en est fait mention, elle manquait complétement trois fois, et dans les avait rarement acquis un degré très considérable. C'est par les extré rieures et par la face qu'elle avait commencé. Une fois seulement il y accumulation peu considérable de sérosité dans la poitrine, et les parois domen étaient infiltrées. On voit que l'anasarque est bien moins notable affection que dans les cas de rétrécissement des orifices du cœur.

Il est rare que quelques signes d'*anxiété* ne se joignent pas à ceux qui d'être indiqués; il y a ordinairement de l'*insomnie*, parfois des *réveils en* Chez quelques sujets on a noté des *étourdissements*, des *vertiges*, de la mais ces cas sont assez rares, soit que les auteurs n'aient pas fixé leur att ce point, soit que ces symptômes aient réellement manqué. M. le docteur (d'Orléans) a insisté principalement sur les *syncopes* auxquelles sont malades. Il résulte, en effet, de deux observations qu'il a recueillies (1), faits qu'il a trouvés dans les auteurs, que ce symptôme est beaucoup plus et plus remarquable que ne pourraient le faire croire les descriptions les auteurs. M. Pereira pense que la formation de caillots, de concréti guines s'accumulant au niveau des parois dilatées, n'est pas étrangère à copes. Chez un sujet il y a eu, vers la fin de la maladie, un véritable *délire*, autre, qui avait une dilatation simple de l'aorte, a été pris d'une *aliénati tale*. Un petit nombre a présenté une *céphalalgie* tantôt continue, tantôt par intervalles. Ces symptômes n'ont qu'une valeur secondaire.

Du côté des *voies digestives* on n'a, dans la plupart des cas, rien trouvé de quable. Lorsque la tumeur anévrysmale comprime fortement la trachée, on que la compression puisse se faire sentir sur l'œsophage et rende la dé difficile : c'est un fait que nous n'avons pas trouvé dans les observations; nous l'avons observé tout récemment chez un malade qui ne présentait pas meur à l'extérieur. Le passage des aliments, et même des boissons, cau très vive douleur, dans un point correspondant, à peu près au milieu de teur du sternum. La perte de l'appétit, dans deux cas, de la constipation autre, un peu de diarrhée chez un quatrième sujet, tels sont les symptôm importants qu'ont présentés les voies digestives, qui n'offrent ordinairement térations fonctionnelles qu'à une époque avancée de la maladie.

Parmi les *congestions locales* que l'on observe quelquefois dans le cou l'anévrysme de l'aorte, *celle du foie* mérite d'être mentionnée; mais elle est coup plus rare que dans les affections du cœur et surtout dans le rétréci des orifices, puisqu'elle n'a été observée qu'une seule fois sans lésion conco de l'organe central de la circulation.

Dans la description précédente, nous avons indiqué les principaux signes résultent de la compression exercée sur les parties environnantes par une anévrysmale volumineuse. Pour les résumer, il nous suffit de dire que, dans le cas où le développement de l'anévrysme a lieu à la partie postérieure de l'artère, la

(1) *Archives gén. de médecine*, 1845, 4e série, t. VIII, p. 305.

[trachée], les bronches, les divisions de l'artère pulmonaire, les grosses veines de la [poi]trine, l'œsophage, peuvent être comprimés, et qu'il en résulte une dyspnée [inten]se, une difficulté notable de la respiration, de la déglutition, et une stase con[sidéra]ble du sang veineux. Lorsque la tumeur se développe latéralement, le pou[mon] est refoulé et comprimé, et enfin, lorsqu'elle prend son accroissement en [ava]nt, il faut avoir égard au point de l'artère où l'anévrysme existe. Si c'est en bas, [le] tronc même de l'artère pulmonaire est comprimé, comme dans l'observation [recu]eillie par M. Louis. Si le siége de la lésion est plus élevé, les cartilages des côtes [so]nt soulevés, le sternum est aminci ou détruit, et la tumeur se produit. Quel[quefo]is, lorsque l'anévrysme occupe la crosse même de l'aorte, les pulsations se [font] sentir vers la partie supérieure du sternum. En un mot, tout dépend du siége [de] la tumeur, et il est facile, d'après les connaissances anatomiques, de prévoir [le]s effets qu'elle produit.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ainsi que nous l'avons vu dans la description des symptômes, la *marche* de la [ma]ladie est ordinairement difficile à suivre dans les premiers temps. Le plus sou[ven]t lente et sourde, elle est quelquefois très rapide, comme on en voit des exem[ples] dans les cas où le développement de la maladie a succédé à un accident. Il [arr]ive assez souvent, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, qu'après avoir mar[ch]é lentement, l'affection prend un accroissement rapide, dont l'apparition d'une [tum]eur à la partie antérieure de la poitrine donne le signal. Dès ce moment, les symptômes sont beaucoup plus faciles à suivre, et vont plus ou moins rapidement [en] augmentant, à moins que le traitement ne vienne entraver leurs progrès.

La *terminaison* de l'anévrysme de l'aorte est le plus souvent fatale; toutefois il [ré]sulte d'un certain nombre des observations que nous avons rassemblées, que la maladie ne doit pas être regardée comme désespérée. Parmi ces faits, il faut citer principalement ceux qui ont été rapportés par MM. Dusol et Legroux. Ils ne lais[se]nt, en effet, aucun doute; l'apparition d'une tumeur circonscrite, saillante, réduc[tib]le, fluctuante, avec des battements isochrones au pouls, démontrait jusqu'à l'évidence l'existence de l'anévrysme. Or on vit cette tumeur diminuer peu à peu, à mesure que les autres symptômes se dissipaient, et finir par disparaître entière[me]nt. Albertini et quelques autres auteurs ont cité également quelques exemples de guérison.

Quant à la durée de la maladie, il est impossible de l'indiquer d'une manière un peu précise, ce qui tient à la difficulté que les auteurs ont éprouvée à en fixer con[ve]nablement le début. On peut dire d'une manière générale que cette durée est de plusieurs années, car nous n'avons pas trouvé un seul cas où il fût démontré qu'elle eût parcouru toutes ses périodes en moins de deux ans. Il est même à remarquer que, dans les cas où l'anévrysme est dû à une violence extérieure, c'est lentement que les symptômes se développent après les premiers temps de la maladie.

Il est cependant un accident qui peut abréger les jours du malade, c'est l'*ouverture du sac anévrysmal*, soit dans l'intérieur de la poitrine, soit dans un des canaux qui communiquent avec l'extérieur, soit à la surface du corps même, accident qui donne ordinairement lieu à une *hémorrhagie foudroyante*. En pareil cas,

la promptitude de la mort dépend de la plus ou moins grande étendue de l'ou- ture. Lorsque celle-ci est petite, tortueuse, plus ou moins obstruée par des c l'hémorrhagie est peu abondante et peut se reproduire plusieurs fois avant malade succombe. On en trouve un exemple remarquable dans l'observati portée par Wagner. La tumeur volumineuse que portait le malade fut mière fois ouverte avec une lancette par un chirurgien ignorant ; l'ouvertu peu considérable, il ne sortit que quelques jets de sang ; puis la plaie se ci et, chose remarquable, la tumeur diminua plus que ne le comportait la quantité de sang perdu. En outre, le sujet éprouva un soulagement marqué; plus tard, se trouvant de nouveau en proie à des symptômes intenses, il lui-même une épingle dans la tumeur, de manière à en porter la pointe côtés. Il sortit du sang vermeil, et cette fois en assez grande quantité ; né l'hémorrhagie s'arrêta encore, mais la plaie ne se ferma pas complétement. la tumeur s'étant rompue spontanément à l'extérieur, il s'en échappa d'abor grande quantité de caillots, puis du sang pur, et le malade ne tarda pas à succ Les exemples de cette terminaison par rupture de l'anévrysme à la surface du sont heureusement rares ; on est prévenu de l'imminence de l'accident par l'a cissement de la peau, la saillie circonscrite qui se forme au sommet de la tu la couleur violacée qu'elle prend dans ce point, et son ramollissement. Lorsq tumeur se rompt dans la trachée, il survient une hémoptysie souvent foudroy comme dans le cas rapporté par M. W. H. Gooch (1), médecin de l'h de Kent et de Canterbury : Un homme atteint d'anévrysme de l'aorte fut tout à coup d'un violente quinte de toux ; le sang fut lancé en énorme quanti la bouche, et le malade périt instantanément. Cette hémorrhagie est au con quelquefois légère et prolongée. Dans ce dernier cas, la perforation est étr obstruée. L'hémorrhagie dans la cavité des plèvres s'annonce par les signes vi d'une de ces pleurésies causées par une perforation, et sur lesquelles nous so entré plus haut dans d'assez grands détails.

Quelquefois la tumeur se rompt en même temps dans deux conduits ou cavités : ainsi on trouve dans un journal espagnol (2), un cas d'ouverture énorme anévrysme de l'aorte dans l'œsophage et dans l'estomac, et M. le doct Fuller (3) a cité un cas d'anévrysme de l'aorte qui s'est ouvert à la fois d trachée et dans l'œsophage. Il y eut deux hémoptysies et une hématémèse. seconde hémoptysie fut plus abondante que la première et emporta la malade.

## § V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* ont été étudiées avec grand soin. Nous nous contente de les résumer ici d'une manière rapide. Elles diffèrent suivant qu'il n'existe qu'u simple dilatation, ou qu'il y a un véritable sac anévrysmal. Dans le premier ca une grande étendue de l'aorte ascendante, ou bien un point circonscrit qui se ren contre le plus souvent vers la crosse présente un calibre d'un diamètre beaucou plus considérable que dans l'état normal. On a dit que, dans les cas de dilatatio

(1) *Provincial med. and. surg. Journal*, 18 février 1852.
(2) *La Facultad*, 1847.
(3) *London medical Gazette*, janvier 1847.

...le, le diamètre de l'aorte pouvait devenir double et même triple de ce qu'il ...s l'état normal; mais cette dernière évaluation me paraît exagérée. Dans les ...tions citées, nous n'avons point trouvé d'exemples d'une dilatation aussi ...able occupant une grande étendue de l'aorte ascendante. C'est surtout ... la dilatation occupe un point circonscrit, que l'augmentation est portée au ...t degré.

...ère dilatée prend une forme anormale; elle est ordinairement fusiforme; ...fois elle a l'apparence d'un sac; rarement elle est cylindrique, et les limites ...rtie dilatée ne se terminent pas d'une manière brusque. On a cité des ...s dans lesquels le vaisseau présentait des renflements et des sinuosités, ce ...ait donner à ces cas, par G. Breschet (1), le nom de *varices anévrysmales*. ...e peut pas dire que, dans cette espèce d'anévrysme, les membranes interne ...yenne sont toujours rompues, mais on les trouve toujours plus ou moins ...lément altérées; l'interne est recouverte de plaques cartilagineuses, éraillée, ...n beaucoup d'endroits, et la moyenne est chargée de dépôts athéromateux, ...cations, etc. Nous avons déjà dit comment ces lésions favorisent la dilatation ...eau en s'opposant à la systole artérielle.

...s d'autres circonstances on trouve, à une plus ou moins grande hauteur, ...che dont la capacité varie beaucoup. Tantôt, en effet, elle peut à peine ...re le doigt; tantôt, au contraire, elle présente un volume énorme, et consti... tumeurs que nous avons vues plus haut comparées à une mamelle de femme ...ne tête d'enfant. Néanmoins il est très rare que l'anévrysme prenne un aussi ... accroissement.

...que le sac anévrysmal est encore très petit, il a un orifice presque aussi ...dérable que le fond, et il est formé par la membrane moyenne et la mem... externe dilatées; la membrane interne est seule rompue, mais ordinairement ...mbrane moyenne présente une perte de substance plus ou moins considé...le. Plus tard, les altérations qui occupaient cette dernière font des progrès ...'à ce qu'elle soit entièrement détruite; alors l'anévrysme augmente rapide...t, et est uniquement formé par la membrane externe, ou plutôt par la gaîne ...leuse, qui se laisse énormément distendre. C'est dans ces cas que la tumeur ...e en avant la paroi pectorale, occasionne l'ossification des cartilages, puis ...r absorption lente, ainsi que celle du sternum, et que le fond de la tumeur ...t faire saillie au-dessous de la peau.

L'ouverture du sac anévrysmal varie beaucoup en étendue. Elle est ordinaire...t arrondie, et autour d'elle l'aorte est plus ou moins profondément altérée par ...productions particulières précédemment décrites. Dans le cas observé par Louis, et cité plus haut, la membrane moyenne, entièrement détruite dans ... l'étendue du sac, formait autour de l'orifice un bourrelet saillant.

En suivant attentivement la membrane interne jusqu'au bord de l'ouverture, on ...t manifestement la solution de continuité qu'elle a subie; mais, ainsi que nous en ...s déjà dit un mot plus haut, il peut arriver qu'une fausse membrane se déve...pe dans la cavité de l'anévrysme lui-même, et semble se continuer avec une mem...ne pareille qui tapisse l'intérieur de l'artère. On pourrait croire alors à l'exis-

(1) *Mém. chir. sur différentes espèces d'anévrysmes.* Paris, 1834, in-4° avec planches.

tence d'un anévrysme vrai, c'est-à-dire avec dilatation des trois tuniqu
les recherches attentives de M. Bizot ont fait reconnaître la cause de
C'est sans doute une fausse membrane de ce genre qui a fait croire à l'
de l'anévrysme mixte interne, ou *aneurysma herniosum* de quelques aut

Dans l'intérieur du sac, et surtout lorsque, avec une grande capacité,
ouverture peu étendue, on trouve une quantité ordinairement considé
caillots de consistance variable. Ces caillots sont disposés en couches c
ques dont l'organisation diverse annonce les différentes époques de l
Les plus externes, fermes, d'une grande consistance, d'aspect fibrineux
ou moins décolorés, sont aussi les plus anciens ; à mesure qu'on s'avanc
de la cavité artérielle, la consistance du coagulum diminue, la colorat
mente, et enfin on trouve des caillots noirâtres de nouvelle formation. L
compté jusqu'à trente-deux de ces couches fibrineuses. Quelquefois la po
vrysmale ne contient que du sang fluide. C'est ce qui avait lieu dans le ca
par M. Louis. Lorsqu'il en est ainsi, la compression exercée par la tum
être nécessairement intermittente, et ne se faire sentir qu'au moment
stole artérielle.

Le plus souvent on ne trouve qu'un seul sac anévrysmal. Quelquefois
traire, on en rencontre plusieurs, à des hauteurs variables et de grosseurs
Dans un cas remarquable, Corvisart a vu deux tumeurs anévrysmales sup
dont l'une, plus petite, adhérait par un collet rétréci à celle qui prenait
sur l'artère. Nous avons déjà dit que cet auteur avait décrit de petites tumeu
de la matière fibrineuse du sang, et séparées de l'intérieur de l'aorte par u
membrane semblable à la membrane interne. N'est-ce point là un mode de
de l'anévrysme plutôt qu'un commencement de tumeur anévrysmale, c
croyait cet auteur ?

On voit quelquefois l'anévrysme de l'aorte présenter des dispositions to
ticulières. C'est ainsi que M. le docteur Thielmann Schmidt (1) a vu un a
de l'aorte venir, à travers l'oreillette droite, former une poche sacciform
dans le ventricule, en passant dans la valvule tricuspide. On comprend qu
cette disposition devait apporter à la circulation, l'orifice auriculo-ventricul
complétement bouché.

Parfois l'anévrysme est *disséquant*, ce qui est moins fréquent dans l'asc
dante que dans l'aorte descendante.

M. Mac Donnel (2) en a cité un cas remarquable en ce que, au bout
de l'anévrysme, la tunique celluleuse ayant été elle-même perforée, le sang
cha dans le tissu cellulaire qui unit cette tunique au feuillet séreux du
péricarde.

Quelquefois l'anévrysme disséquant se prolonge très loin dans l'aorte
dante. M. le docteur Thompson (3) en a observé un cas des plus remarqu
son étendue, puisqu'on pouvait suivre le trajet du sang depuis un point si
demi-pouce de la valvule sigmoïde postérieure, jusque dans l'abdomen, au
des artères rénales.

(1) *Schmidt's Jahrb. der gesammten Medizin*. Leipzig, 1845.
(2) *Dublin Journal*, janvier 1845.
(3) *London medical Gazette*, avril 1846.

n dirons pas davantage sur ces lésions, cet aperçu étant suffisant pour le

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

ns vu plus haut qu'il était important, sous le rapport des symptômes, r la simple dilatation de l'aorte, ainsi que le développement d'un sac -à l'intérieur de la poitrine, de l'anévrysme avec tumeur externe. Cette est bien plus importante encore pour le diagnostic, qui offre, en effet, ndes difficultés dans les deux premiers cas, et est au contraire facile nier.

ns de l'aorte. — Si nous résumons les signes que nous avons notés dans de l'aorte, nous trouvons ce qui suit : Battements forts, soulevant la ique au côté droit du sternum, dans le troisième espace intercostal et bruit de souffle au premier temps, et quelquefois aux deux temps int où ces signes ont leur siége, matité plus ou moins considérable, bruit respiratoire, avec des bruits forts et éclatants ; pouls large et s signes sont les principaux ; mais, en outre, on observe les signes ux autres anévrysmes de l'aorte, et même aux maladies du cœur, c'est-pnée, la toux, la congestion de la face, et parfois un peu d'œdème. lle autre affection pourrait-on confondre celle qui donne lieu à de ptômes ? Dans les *maladies organiques du cœur*, la matité, l'impulsion les bruits anormaux, se trouvent à la région précordiale, et s'ils se pro-peu dans l'artère, ils n'ont point leur maximum d'intensité au côté rnum, au-dessus de la troisième côte, ou sous la clavicule gauche. les *palpitations* donnent lieu, comme on l'a vu, à une activité plus la circulation artérielle ; mais il n'y a point de matité au côté droit du s de soulèvement de la poitrine dans ce point, et s'il existe un léger uffle, il est borné à la région précordiale, ou bien s'étend à une grande ystème artériel. Dans les *palpitations des chlorotiques et des anémiques*, phénomène est surtout remarquable, et d'ailleurs les signes généraux diagnostic facile.

sme *faux sans tumeur externe.* — Si l'on se rappelle les signes que nous nnus à l'anévrysme faux lorsque la tumeur est encore renfermée dans de la poitrine, on verra que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas le distinguer d'une manière positive de la simple dilatation. Toutefois, tte dilatation occupe presque toute l'étendue de l'aorte ascendante, le ce dans lequel la poitrine est soulevée, et dans lequel on entend les bruits l'artère, ainsi que l'étendue en hauteur de la matité, qui de la troisième te jusqu'à la clavicule, feront admettre l'existence de la dilatation gé-l'aorte, plutôt que d'une dilatation partielle, et par conséquent d'un ané-ux.

sme *avec tumeur externe.* — Quant à l'anévrysme qui a déterminé une la partie antérieure de la poitrine, il est facile à reconnaître : une saillie oins considérable, plus ou moins réductible, présentant un certain degré se, souvent une fluctuation sourde et profonde ; des battements expansifs, s au pouls ; un bruit de souffle ou un frémissement cataire, principalement

au moment de la diastole artérielle, tels sont les signes de cette espèce d'anévrysme, qui ne permettent guère de le confondre avec aucune autre maladie.

Les *diverses tumeurs* qui peuvent se former sur la paroi thoracique, étant séparées de l'aorte par presque toute l'épaisseur de cette paroi, n'en reçoivent pas une impulsion suffisante pour occasionner une erreur ; et quant aux *abcès* plus profonds qui se seraient produits entre la surface externe de la plèvre et les côtes pour se porter ensuite à l'extérieur, s'ils paraissent soulevés à chaque pulsation de l'aorte, ils n'ont point de battements expansifs et ne présentent pas de bruit de souffle.

Parfois on a vu des anévrysmes de la crosse de l'aorte venir faire saillie au-dessus de l'extrémité supérieure du sternum et de la clavicule droite ; il est alors extrêmement difficile de les distinguer de l'*anévrysme du tronc brachio-céphalique*. Cependant si, comme dans le cas rapporté par M. Genest (1), on constatait l'existence d'une tumeur volumineuse sortant de dessous la clavicule droite et présentant tous les caractères de l'anévrysme, sans qu'à la partie supérieure de la paroi thoracique on observât les signes physiques précédemment décrits, on serait porté à admettre l'existence d'un anévrysme qui aurait son siége, sinon dans le tronc brachio-céphalique lui-même, du moins dans une partie voisine de la [illegible] des deux artères qu'il produit.

Nous ne pouvons nous empêcher, pour compléter le diagnostic, de rapporter ici le résultat des recherches de M. Raycharles Golding. Cet auteur a publié (2), sur le *diagnostic physique de l'anévrysme de l'aorte thoracique*, un mémoire [illegible] intéressant, dont voici les points les plus importants. Ce qui distingue les battements des anévrysmes, c'est qu'ils sont progressifs, c'est qu'ils sont appréciables dans des points où il n'existe pas normalement de pulsations, c'est qu'ils sont plus intenses que ceux que donnent les tumeurs d'un même volume, recevant leur impulsion du cœur ou des gros vaisseaux ; c'est enfin qu'ils ne sont pas augmentés notablement sous l'influence de ces causes, qui, dans le cas de trouble fonctionnel du cœur, occasionnent de si grands changements dans son action. Au reste, le siége de ces battements varie suivant le siége de l'anévrysme. Dans l'anévrysme de la crosse, c'est dans la dépression du cou, au-dessus du sternum, que l'on perçoit les battements avant toute tumeur, toute matité à la percussion, tout trouble dans les mouvements du cœur ou de la respiration. Dans l'anévrysme de l'aorte descendante, les battements sont plus prononcés à la partie postérieure de la poitrine, et ne se perçoivent souvent pas du tout en avant. Dans l'anévrysme vrai, les battements sont plus uniformes que dans l'anévrysme faux, et dans ces derniers la dilatation des vaisseaux est plus circonscrite ; en même temps la tumeur s'incline davantage d'un côté ou de l'autre du sternum, principalement du côté droit, sous la troisième ou la quatrième côte. Chez l'adulte à l'état normal, les limites naturelles de la matité à la percussion à la région du cœur sont les suivantes : deux pouces sur deux, pendant la respiration ordinaire ; trois sur trois, après une expiration forcée. Après une inspiration forcée, l'espace qui était mat pendant l'expiration redevient plus ou moins sonore.

(1) *Archives gén. de médecine*, t. XXVI. Paris, 1831.
(2) *London medical Gazette*, février 1848.

s l'anévrysme de la crosse de l'aorte, la matité existe d'abord à la partie su-e du sternum, et est seulement bien appréciable après une expiration forcée; mesure que la dilatation du vaisseau augmente, la matité incline de plus en s l'un ou l'autre côté du sternum, et se circonscrit de mieux en mieux. névrysme de la portion descendante de l'aorte, la matité n'est pas aussi circonscrire : elle varie avec la résistance plus ou moins grande des pou- des lésions concomitantes, qui peuvent ajouter à l'étendue de la matité; sion donne toujours une matité moins étendue dans l'anévrysme vrai que l'anévrysme faux, ce qui tient à ce que ce dernier irrite davantage les tissus vironnent.

s l'anévrysme vrai, presque jamais on n'entend le second bruit au niveau meur, ce qui tient à l'absence de couches fibrineuses dans le sac. Dans les mes faux, le bruit se perçoit dans toute l'étendue de la tumeur, si elle n'est volumineuse, auquel cas on le perçoit seulement dans la portion du sac rapprochée du cœur; partout ailleurs les bruits du cœur sont remplacés bruit de souffle. Dans les anévrysmes vrais, le premier bruit s'entend, e faiblement, au niveau de la tumeur; il en est de même du second, qui se souvent mieux que le premier. Le bruit de souffle couvre en général le l bruit, dans les anévrysmes faux, toutes les fois que la circulation est nota-t accélérée. Du reste, l'existence ou l'absence du second bruit est un bon diagnostique entre les anévrysmes vrais et les anévrysmes faux, dans lesquels it n'existe pas, en général, au niveau de la tumeur.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de la dilatation générale de l'aorte ascendante.*

…vement de la paroi thoracique à droite du sternum, *entre le troisième espace inter-… et la clavicule.*
…t de souffle ou de frémissement vibratoire *dans le même point.*
…té plus ou moins considérable *dans le même point.*
…s large et vibrant, *ordinairement égal des deux côtés.*
…née, toux, congestion de la face, œdème, etc.

2° *Signes distinctifs de la dilatation générale de l'aorte ascendante et des palpitations nerveuses.*

| DILATATION DE L'AORTE. | PALPITATIONS NERVEUSES. |
|---|---|
| …tité à droite du sternum, au-dessus de la …me côte. | *Point de matité.* |
| …uits anormaux *dans le même point.* | Bruits de souffle seulement *dans quelques cas; bornés à la région précordiale*, ou étendus à une grande partie du système artériel. |

3° *Signes distinctifs de la dilatation générale de l'aorte ascendante et des palpitations des chlorotiques et des anémiques.*

| DILATATION DE L'AORTE. | PALPITATIONS DANS LA CHLOROSE ET L'ANÉMIE. |
|---|---|
| Matité, bruits anormaux, *ut suprà.* | *Point de matité;* bruits anormaux *étendus à une grande partie du système artériel.* |
| Signes généraux d'une *maladie du centre de la circulation.* | Signes généraux *de la chlorose et de l'anémie,* |

4° *Signes distinctifs d'une dilatation générale de l'aorte ascendante l'anévrysme faux, la tumeur étant encore renfermée dans l'intérieu poitrine.*

| DILATATION DE L'AORTE. | ANÉVRYSME FAUX. |
| --- | --- |
| Soulèvement *étendu* de la paroi pectorale. Bruits anormaux *depuis la troisième côte jusqu'à la clavicule* du côté droit. Matité *dans la même étendue.* | Les mêmes signes *dans un point* *conscrit* voisin de la troisième côte. |

Nous n'avons pas besoin de dire que ce dernier diagnostic est beaucou précis que les précédents. Ce n'est, en effet, que dans les cas où il exist tumeur interne bien circonscrite, ayant son siége vers la partie moyenne de ascendante, qu'on pourrait le porter avec quelque sûreté. Au reste, nous dire qu'il n'a point une très grande importance, puisque le pronostic et le ment restent à peu près les mêmes.

5° *Signes positifs de l'anévrysme faux avec tumeur développée à la p antérieure de la poitrine.*

*Saillie* arrondie, molle, présentant une fluctuation sourde et profonde.
*Battements expansifs*, isochrones au pouls.
Bruit de souffle ou frémissement cataire *dans la tumeur.*

*Pronostic.* — D'après ce que nous avons dit plus haut de la terminais maladie, le *pronostic* de l'anévrysme de l'aorte, quelle que soit son esp très grave ; cependant on a, nous le répétons, cité quelques exemples de g mais ils sont très rares.

*La gravité du pronostic est-elle différente suivant les espèces d'anévr* En général, la simple dilatation entraîne des accidents moins sérieux, danger moins imminent que la dilatation partielle ou l'anévrysme faux. T cette dilatation n'est pas portée à un haut degré, il n'y a guère qu'une a tation d'énergie de la circulation. Mais, d'un autre côté, la disposition de s'opposant d'une manière plus ou moins efficace à la formation de caillots d intérieur, on n'a pas, comme dans l'anévrysme faux, la ressource de faire a cavité anévrysmale par la coagulation du sang.

### § VII. — Traitement.

Il n'est qu'une certaine partie du traitement qui ait été l'objet de rec assez suivies ; nous voulons parler de l'emploi des moyens dits antiphlogi La plupart des autres n'ont été mis en usage que pour calmer quelques sym secondaires, ou pour favoriser l'action des premiers. Il faut toutefois fai exception en faveur de l'*acétate de plomb*, qui, ainsi qu'on le verra plus loi prescrit dans le but d'obtenir une guérison radicale.

*Émissions sanguines.* — Les *émissions sanguines* sont si généralement en usage, qu'elles forment, on peut le dire, la base de presque tous les trait

rés. Il n'est guère d'observations dans lesquelles on ne voie un nombre con-
le de saignées pratiquées à des époques plus ou moins rapprochées, et quel-
ce nombre est énorme. On sait, d'un autre côté, que le *traitement*
*rtini et de Valsalva*, déjà décrit à l'article *Hypertrophie du cœur* (1),
ait tout aussi bien, et mieux peut-être, aux anévrysmes de l'aorte; mais
suffit de renvoyer le lecteur à ce que nous en avons déjà dit.
i des *saignées abondantes*, voilà le premier précepte donné dans le traite-
le cet anévrysme. Mais *comment ces saignées doivent-elles être pratiquées?*
les multiplier et les prescrire à de très courts intervalles? faut-il tirer peu
à la fois? ou bien, au contraire, doit-on opérer chaque fois une déplétion
pide? Telles sont les questions qui se sont élevées et qui ont été diverse-
solues par les auteurs. Passons-les donc en revue.
saignées copieuses et fréquemment répétées sont celles qu'on a généralement
es. Cependant quelques auteurs, et en particulier Hope, se sont fortement
contre cette médication. Suivant ce dernier, il survient, après un certain
re de saignées, une espèce de réaction qui donne à la circulation une plus
e activité et rend les battements de la tumeur plus violents. Il faut, en outre,
r avec lui que le nombre des globules diminue et que la sérosité augmente
les pertes de sang considérables, ce qui rend plus difficile la coagulation du
qui, en obstruant le sac anévrysmal, s'opposerait à ce que la dilatation fît des
rès. Toutefois on peut répondre à ces objections que plusieurs faits semblent
veur de la méthode d'Albertini et de Valsalva, et que s'il est vrai que les sai-
abondantes employées seules aient les inconvénients signalés par Hope, il ne
pas oublier qu'Albertini leur adjoignait le repos absolu et une abstinence
que complète qui favorisait la coagulation du sang.
elques médecins pratiquent une saignée copieuse tous les jours, pendant
ou deux semaines, et abandonnent ensuite ce moyen pour recourir à une
médication. Leur but est d'empêcher précisément cette réaction signalée par
, et c'est pourquoi ils insistent sur la saignée, jusqu'à ce qu'elle ait produit
ses effets. En l'absence de faits plus positifs que ceux que nous possédons, il
possible de se prononcer sur les avantages d'une semblable médication; mais
ut signaler les dangers qu'elle peut entraîner; car tout le monde sait quelle
influence, sur l'organisme, d'émissions sanguines aussi nombreuses et aussi
rochées.
s l'intention de favoriser la formation des caillots, Chomel propose de
iquer des saignées très abondantes, et de faire couler le sang par une large
erture, de manière à produire chaque fois une syncope, effet qui serait obtenu
e manière bien plus sûre encore en saignant les malades debout ou assis. Mais
élevé une grande objection contre cette pratique : « Il faut, dit Laennec, avoir
de ne pas pousser les saignées jusqu'à la défaillance complète, surtout après
emières; car chez un malade affaibli, une défaillance peut être mortelle. »
on, qui avait déjà admis la possibilité de cet accident, pensait que, pendant
yncope, le sang pourrait se coaguler au niveau de l'anévrysme, au point que la
ulation se trouverait interrompue au moment où le cœur reprendrait ses fonc-

(1) Tome III, artile *Hypertrophie du cœur*.

tions; mais la réalité de ce fait n'est point parfaitement démontrée. Enfin M. assure avoir été témoin de l'accident que redoute Laennec. Cette objec sérieuse; toutefois nous voyons qu'elle est fondée sur des faits peu précis, quelques-uns des auteurs qui l'ont élevée n'ont émis qu'une opinion *à priori* qu'il en soit, comme d'un autre côté la manière de voir de Chom appuyée que sur des conjectures plus ou moins probables, il s'ensuit q devra être très réservé dans l'emploi d'un semblable moyen, qui n'est ap qu'à des sujets jeunes et vigoureux.

Hope avait adopté, comme pour l'hypertrophie du cœur, des saignées m pratiquées à de longs intervalles; il ne tirait que 180 à 220 grammes d toutes les trois ou six semaines, et quelquefois à des intervalles plus élo a obtenu par ce moyen, dit-il, des résultats beaucoup plus satisfaisants qu qu'il avait vus produits par le traitement d'Albertini et de Valsalva. Il cite à l de cette assertion deux faits rapportés dans le recueil de l'hôpital de Dublin le journal de la même ville, par MM. Beatty et Stokes. Dans ces cas, les ma trouvèrent notablement soulagés lorsqu'on fit succéder à la médication affaib un régime plus fortifiant.

Telles sont les opinions des auteurs sur cette question importante. On voit est bien difficile de les accorder entre elles; et comment le pourrait-on, qu'elles ne sont pas fondées sur une analyse suffisante des faits, et que par quent on n'a aucun moyen d'en apprécier la valeur exacte? Dans les obser que nous avons rassemblées, la saignée a toujours été employée, et presque stamment, lorsque la maladie n'avait pas fait de très grands progrès, elle a pr du soulagement et diminué un peu les signes physiques; mais ce soulagem cette amélioration n'ont été que passagers, et n'ont pas empêché la mal poursuivre son cours. Il est vrai de dire que dans aucun de ces cas la saign été employée avec cette vigueur et cette persévérance que recommandent ce en ont fait la base du traitement de l'anévrysme de l'aorte.

Il résulte de ce qui précède, que la saignée est un moyen qui ne saurait négligé, car elle produit un amendement marqué dans les symptômes le incommodes, c'est-à-dire la douleur, les battements, la dyspnée, les sym cérébraux et les diverses congestions.

Les *sangsues* sont bien plus rarement appliquées; on ne les met guère e que dans les cas où il existe une congestion locale. C'est au médecin à appréc circonstances qui rendent leur application utile. Je rappellerai seulement qu existait une congestion notable du foie, c'est à l'anus qu'il conviendrait d placer. Les jeunes enfants n'étant point sujets à l'anévrysme de l'aorte, on jamais réduit, dans cette maladie, à l'emploi exclusif des émissions sanguines lo Les mêmes réflexions s'appliquent aux ventouses scarifiées.

*Acétate de plomb.* — Après les émissions sanguines, le principal moyen qui mis en usage dans le but d'obtenir la guérison radicale de l'anévrysme, est l'ac *de plomb.* Plusieurs médecins allemands avaient prescrit ce médicament cont anévrysmes, et avaient publié un certain nombre de succès obtenus par ce moy lorsque Laennec, avant de connaître ces faits, avait été porté à l'essayer par considération toute particulière. Ayant remarqué, chez les sujets qui avaient suc- combé à la suite d'une colique de plomb, une diminution notable de la quantité

ner une bien plus grande confiance à l'acétate de plomb. Il ne s'agit, en
en moins que de trois cas dans lesquels une tumeur à la partie antérieure
ine, présentant tous les caractères de l'anévrysme, a presque entière-
aru, avec tous les autres symptômes, sous l'influence de cette médication.
de plomb était donné d'abord à la dose de 20 à 25 centigrammes, et
était arrivé à 50 centigrammes, on se bornait à continuer cette dose.
ns employés concurremment étaient fort simples, car ils consistaient
niquement dans l'application de compresses trempées dans l'eau blanche
eur. Ces faits sont bien dignes de remarque, et doivent engager forte-
épéter ces expériences. La saillie à la paroi antérieure de la poitrine
est vrai, peu considérable dans ces cas; mais, l'eût-elle été moins
ls méritaient toujours d'être rangés dans les cas très graves, puisque,
se montrer à l'extérieur, l'anévrysme doit avoir nécessairement fait des
onsidérables dans la cavité pectorale. Toutefois, il faut le dire, l'emploi
te de plomb n'a pas été aussi innocent dans les cas dont il s'agit qu'entre
de Laennec; il a surtout une fois développé des accidents intestinaux
nses, tels que des coliques et des nausées; mais ces troubles fonctionnels
sent pas devoir être rapportés à une intoxication saturnine, puisqu'il y
nême temps du dévoiement. Si de semblables accidents se produisaient,
, comme on l'a fait dans ce cas, de suspendre le traitement pendant deux
ours, pour les voir cesser complétement.

e cas où les accidents seraient plus marqués et ne se dissiperaient pas
nent, on pourrait suivre le conseil donné par Hope. « Si, dit-il (1), malgré
précautions, une irritation gastro-intestinale résulte de l'administration
b, nous sommes toujours parvenu facilement à la faire disparaître en
ant une ou deux doses d'huile de ricin, en faisant prendre abondamment
on mucilagineuse et en prescrivant des aliments farineux. » Nous devons
ne, dans un cas récent, nous avons été obligé de renoncer à ce médica-

tement par les purgatifs. Il s'agit, en effet, d'un forgeron qui éprouvait des douleurs à la partie supérieure de la poitrine, qui avait de la dyspnée, de la [illegible] sure de la face, en un mot, les symptômes les plus incommodes de l'anévr[illegible] l'aorte, et qui s'en trouva complétement débarrassé, de manière à pouvoir [illegible] dre ses occupations pénibles, après avoir eu un grand nombre d'évac[illegible] alvines provoquées par la médecine Leroy. Ce soulagement si notable dura [illegible] mois; mais, au bout de ce temps, les accidents se reproduisirent, et ne pur[illegible] être calmés, ni par les purgatifs drastiques, ni par l'acétate de plomb. Q[illegible] soulagement n'ait été que passager, il a été si considérable, que cette obs[illegible] doit être citée en faveur des purgatifs. Il est même permis de croire que si [illegible] n'avait pas repris les occupations si pénibles de forgeron, l'amélioration [illegible] une plus grande durée, et peut-être on aurait obtenu une guérison radicale.

*Diurétiques.* — Les *diurétiques* sont encore préconisés par Hope. Le b[illegible] se propose en les administrant est de désemplir l'appareil circulatoire, sans [illegible] au sang sa fibrine, comme le font les saignées. Le *nitrate* et l'*acétate de p*[illegible] haute dose, *de quatre à dix grammes dans un demi-kilogramme de liqui*[illegible] exemple, sont les substances le plus généralement employées.

*Calmants, antispasmodiques.* — Dans une maladie où l'on observe des [illegible] ptômes d'anxiété aussi marqués que ceux qui ont été signalés plus haut, on [illegible] naturellement porté à mettre en usage les calmants et les antispasmodiques; c'est là une médication qui ne s'adresse qu'à des accidents secondaires, et de [illegible] on ne doit attendre aucun effet notable sur les symptômes propres à la malad[illegible] même. Le *camphre*, la *jusquiame*, la *valériane* et l'*éther* sont employés lorsq[illegible] accidents se produisent, et il faut laisser au médecin le soin de leur applicati[illegible]

*Toniques, ferrugineux.* — Les toniques et les ferrugineux méritent une [illegible] tion toute spéciale. Il peut arriver, en effet, qu'il se joigne aux signes [illegible] ques ou organiques de l'anévrysme de l'aorte des accidents nerveux du sy[illegible] circulatoire lui-même, des palpitations nerveuses, par exemple. Or, ces acci[illegible] tendant à augmenter encore la maladie principale, il importe de les faire ce[illegible] plus promptement possible; et s'ils étaient liés à une grande faiblesse qui ren[illegible] malade plus irritable, on serait porté à mettre en usage les moyens dont il [illegible] de la manière qui a été indiquée à l'article *Palpitations nerveuses*. Toutefois, [illegible] n'oublie pas qu'une saine expérience n'a pas encore prononcé sur ce point, et [illegible] n'accorde pas une trop grande confiance à des moyens qui, employés intemp[illegible] ment, pourraient avoir des inconvénients graves.

Quoique les observations nous manquent encore à cet égard, on peut se [illegible] noncer un peu plus hardiment quand il s'agit de palpitations dues à un état [illegible] festement anémique. En pareil cas, en effet, les toniques et les ferrugineux ont [illegible] expérimentés d'une manière beaucoup plus précise et leur efficacité est beau[illegible] mieux constatée. Le *quinquina*, le *carbonate de fer* et les diverses prépar[illegible] mentionnées plus haut, seront alors administrés avec succès.

*Digitale.* — La digitale a été recommandée dans l'anévrysme de l'aorte, [illegible] bien que dans les maladies du cœur. Hope lui accorde une très grande confianc[illegible] pense qu'elle favorise au plus haut point la formation des caillots, et, quoique [illegible] preuves nous manquent à ce sujet, on ne doit pas moins, à son exemple, presc[illegible] ce médicament qui a pour effet de calmer notablement la circulation. Les dive[illegible]

légère compression pour empêcher la tumeur de céder trop facilement
on, tels sont les moyens le plus généralement mis en usage. Dans le cas
inus Lentilius, on mit sur la tumeur une poudre styptique, et par-dessus
ses trempées dans du gros vin; mais tous ces moyens ne sont que
et doivent être rangés parmi les simples adjuvants.

*mettre en usage dans les cas de rupture de la tumeur.* — Lorsque la
t rompue à l'extérieur, le plus souvent tous les moyens deviennent ab-
utiles, et le malade succombe rapidement. Mais dans le cas où l'ouver-
roite serait obstruée par des caillots, et où par conséquent l'écoulement
abondant et se ferait avec difficulté, on devrait avoir immédiatement re-
os les principaux moyens que nous venons d'indiquer. Ainsi la saignée
la diète complète; la digitale; l'acétate de plomb à l'extérieur; des appli-
ingentes, hémostatiques; la glace; une forte solution d'acétate de plomb;
sion, l'application d'une plaque de plomb pour maintenir la tumeur,
oyens devraient être prescrits à la fois. Nous avons cité un fait qui,
ouverture de la tumeur eût été faite par la main d'un chirurgien, n'en
ins propre à prouver qu'un cas semblable n'est pas toujours entièrement
. En effet, après une perte considérable de sang, l'hémorrhagie s'arrêta,
devint le siége d'une cicatrice solide. Malheureusement, dans le cas de
pontanée, la plaie présente des conditions qui rendent la formation de
trice beaucoup plus difficile.

croirait pas, au premier abord, que la *trachéotomie* fût applicable à cette
Mais il existe un fait fort curieux qui prouve qu'elle peut avoir son utilité,
temps qu'il démontre que, dans une rupture peu considérable, l'hémor-
ut, comme nous en avons cité déjà des exemples, s'arrêter, sans doute
rmation d'un caillot qui l'obstrue. Voici ce fait. M. le docteur Judd (1)
é la *trachéotomie* dans un cas où un anévrysme de l'aorte, s'étant rompu
rachée par une ouverture étroite, avait produit l'asphyxie. Il s'échappa

en petite quantité. Si toutefois il y avait un appauvrissement trop considérable du sang, Hope pense qu'il serait plus utile d'avoir recours à des aliments pris dans le règne animal ; nous avons indiqué plus haut les faits sur lesquels il s'appuie. Mais ce qu'il recommande surtout, c'est de faire prendre au malade très peu de liquides. Il craint qu'en introduisant dans les voies digestives une trop grande quantité de boissons, la masse de sang n'en soit considérablement augmentée et la dilatation de l'artère malade plus facile. C'est là une idée théorique qui paraît juste, mais qui demande à être confirmée par l'expérience.

Il est quelques autres précautions qui sont très importantes dans le traitement de cette maladie, et que nous allons résumer dans le tableau suivant.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE ASCENDANTE.

Maintenir le malade dans le plus grand état de calme possible.

Éviter la fatigue, les grands mouvements, les efforts violents.

Tenir continuellement le ventre libre, afin d'éviter les efforts de la défécation.

Éviter la trop grande chaleur, qui peut accélérer considérablement la circulation.

Éviter également tout ce qui peut occasionner les maladies des voies respiratoires, qui provoquent la toux et accélèrent la circulation ; par conséquent, tenir les extrémités chaudes ; éviter l'humidité, les courants d'air, etc.

*Résumé, ordonnances.* — D'après ce qui vient d'être dit, on voit que les remèdes sur lesquels il faut le plus compter sont les émissions sanguines, l'acétate de plomb à l'intérieur et à l'extérieur, l'application de la glace sur la tumeur, et la digitale. Nous devons ajouter que, de tous les anévrysmes de l'aorte, celui qui occupe la portion ascendante et la crosse est le plus difficile à guérir. La raison de ce fait est bien simple : l'anévrysme ne pouvant être guéri que par obstruction, et cette partie du vaisseau étant tellement nécessaire à la circulation générale qu'elle ne peut point être suppléée par la circulation collatérale, on sent qu'il faut des circonstances toutes particulières pour qu'on puisse tenter une guérison radicale. Les cas où aucun caillot ne se forme dans la poche anévrysmale, comme celui que M. Louis a observé et que nous avons plusieurs fois cité, sont les plus défavorables pour le traitement.

**1re Ordonnance.**

CHEZ UN SUJET FORT ET VIGOUREUX, SANS TUMEUR EXTERNE.

1° Ne donner qu'une petite quantité de boisson.

2° Émissions sanguines abondantes et répétées tous les deux ou trois jours, de manière à ne pas laisser la réaction s'établir.

| | | |
|---|---|---|
| 3° ℞ Acétate de plomb.... <br> Guimauve........... | } ãã 4 gram. | Sirop de sucre............... Q. s. |

Faites quarante pilules, dont on donnera d'abord une matin et soir, et dont on élèvera le nombre jusqu'à cinq ou six.

4° Régime sévère. Repos.

### IIe Ordonnance.

SUJET DÉJÀ AFFAIBLI, MAIS PRÉSENTANT ENCORE DES BATTEMENTS ÉNERGIQUES DE L'AORTE.

Pour boisson, infusion de camomille sucrée.
S'abstenir d'émissions sanguines, à moins d'indications particulières, telles congestion de la face, une violente dyspnée, etc.
Usage de l'acétate de plomb, comme dans l'ordonnance précédente.

℞ Feuilles de digitale....... 2 gram. | Extrait de petite centaurée.... 6 gram.

les soixante pilules, dont on prendra une matin et soir, et puis quatre ou cinq par jour.

Régime moins sévère que dans le cas précédent. Repos.

### IIIe Ordonnance.

CAS OU IL S'EST FORMÉ A L'EXTÉRIEUR UNE TUMEUR PLUS OU MOINS CONSIDÉRABLE.

Insister sur l'emploi de l'acétate de plomb et de la digitale.
Appliquer sur la tumeur des compresses trempées dans l'eau froide, ou mieux vessie contenant des morceaux de glace.
Légère compression pour soutenir la tumeur, mais non de manière à gêner culation.
Diète sévère. Repos absolu.

ne multiplierons pas ces ordonnances. Ces moyens sont les principaux être en usage. Dans les cas où il surviendrait quelques accidents nerveux, ait très facile d'administrer convenablement les calmants et les antispasmodiques, soit séparément, soit associés à quelques-uns des médicaments précédents.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

missions sanguines; acétate de plomb, purgatifs, diurétiques, calmants, antimodiques, toniques, ferrugineux, digitale; applications froides, régime sévère.

## ARTICLE VII.

### ANÉVRYSME DE LA PORTION DESCENDANTE DE L'AORTE PECTORALE.

On n'a pas coutume, dans les traités de pathologie, de consacrer un article à part l'anévrysme de cette portion de l'aorte, qui cependant, ainsi qu'on va le voir, ésente des particularités remarquables et très utiles à connaître pour le diagnostic. us croyons donc qu'il est du plus haut intérêt pour le médecin d'étudier séparé- nt cette espèce, qui est moins fréquente que la précédente.

*Dilatation.* — La dilatation simple de cette portion de l'aorte ne s'est jamais ntrée seule dans les cas que nous avons rassemblés. Nous avons sous les yeux exemple remarquable de dilatation de la portion thoracique de l'aorte des- ndante, dont M. Cossy a recueilli l'observation à l'hôpital Beaujon; mais on ervait en même temps une dilatation plus notable encore de l'aorte ascendante,

en sorte que l'augmentation de calibre qui avait lieu après la courbure n'était qu'une extension de celle qui occupait la partie de l'aorte voisine du cœur. Il est donc inutile de s'arrêter plus longtemps sur une lésion qui ne s'est point montrée isolément.

*Sac anévrysmal.* — Quant à l'anévrysme avec formation d'un sac anévrysmal, il a occupé quatre fois cette région, dans les observations que nous avons rassemblées.

*Causes.* — Les *causes* n'ont présenté rien de particulier, si ce n'est chez un sujet dont l'observation a été recueillie par M. Dominel (1), et qui avait reçu un coup de levier sur le dos.

*Symptômes.* — La *douleur*, que nous avons vue, dans l'espèce précédente, occuper presque uniquement l'épaule, n'a été bornée à ce point que dans un seul cas où l'anévrysme siégeait au point même où l'aorte devient descendante. Dans les autres où le siége de la tumeur était plus inférieur, les douleurs ont existé principalement à la partie postérieure et inférieure de la poitrine; mais il importe de le remarquer, tandis que, dans l'espèce précédente, cette douleur se faisait sentir à droite, elle existait dans celle-ci au côté gauche de la poitrine : circonstance qui s'explique facilement par la direction différente des portions de l'artère affectées d'anévrysme. Dans les considérations anatomiques, nous avons insisté sur ce point.

Dans trois des cas dont il s'agit, il s'est formé à la partie postérieure de la poitrine une *tumeur* d'un volume considérable, ou une *voussure* marquée. Dans le quatrième, il n'est point fait mention de ce symptôme; mais cette observation manque d'un très grand nombre de détails importants. La tumeur, dans un cas, siégeait à la partie supérieure de l'épine dorsale, et, dans l'autre, elle correspondait aux troisième et quatrième côtes; elle avait, dans ces deux cas, la grosseur d'une tête de fœtus. M. Gigon a présenté à l'Académie de médecine (2) un cas d'anévrysme de l'aorte pectorale descendante, qui, après avoir détruit la troisième côte, faisait au niveau de la fosse sus-épineuse gauche une saillie pulsative de la grosseur du poing. On y entendait un bruit de souffle unique et prolongé. L'anévrysme était énorme.

Au niveau de la voussure, aussi bien que dans les tumeurs elles-mêmes, se sont montrés des *battements isochrones à ceux du pouls*, comme dans les tumeurs de la partie antérieure de la poitrine. A l'auscultation, on a trouvé ces battements forts et éclatants; mais on n'a recherché les bruits de souffle que dans un seul cas où l'on a seulement constaté l'existence d'un *frôlement* passager. Dans les cas où existait la voussure, et dont l'observation a été recueillie par MM. Magne et Piorry (3), il y avait une *matité* marquée dans toute l'étendue de la portion saillante, avec résistance notable sous le doigt.

Le *pouls* n'a présenté rien de bien remarquable, si ce n'est dans un cas où il est devenu presque imperceptible, et ce cas est celui où l'anévrysme était très voisin de la crosse de l'aorte, c'est-à-dire au point où finit la courbure.

Un seul sujet a présenté un peu de *turgescence des veines jugulaires*, sans battements appréciables. La *dyspnée*, l'*oppression*, la *toux*, ne se sont montrées que dans un seul cas, où le sac anévrysmal, ayant pris un très grand accroissement

(1) *Archives gén. de médecine*, 1re série, t. XXII, p. 331.
(2) Voyez le rapport de M. Brichèteau, dans *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XIII, p. 846.
(3) *Archives gén. de médecine*, 3e série, t. IX, p. 70.

dans l'intérieur de la poitrine, avait occasionné un désordre considérable dans les poumons et dans les plèvres.

*L'insomnie* et l'*anxiété*, que nous avons vues se montrer si fréquemment dans l'espèce précédente, n'ont eu lieu que chez un seul des sujets dont il s'agit, et n'ont point été portées à un très haut degré.

Quant aux *infiltrations de sérosité*, il s'est présenté, dans un cas, une circonstance remarquable : c'est l'*œdème du bras gauche*, dont on trouve une raison satisfaisante dans la situation du sac anévrysmal qui occupait la partie la plus voisine de la crosse, c'est-à-dire le point où prend naissance l'artère sous-clavière, auprès des troncs veineux.

Du côté des *voies digestives*, il n'y a eu rien de bien remarquable, si ce n'est dans un seul cas où, après une *constipation opiniâtre*, il est survenu des *selles involontaires*. Mais chez le sujet de cette observation, rapportée par Laennec, il existait un symptôme bien plus important que cet état du tube digestif : c'est une *paraplégie* qui survint tout à coup et ne se dissipa qu'en partie. Or l'autopsie fit parfaitement connaître la cause de cet accident. La tumeur anévrysmale, qui siégeait entre la quatrième et la dixième vertèbre dorsale, avait dénudé et corrodé le corps des vertèbres, depuis la cinquième jusqu'à la dixième, au point qu'entre la septième et la huitième, le sac communiquait avec le canal vertébral, où l'on voyait un petit caillot comprimant la moelle. La cause matérielle de la paraplégie était donc évidente; mais, avant que la formation du caillot qui comprimait la moelle eût donné lieu à une paralysie complète, on conçoit facilement que l'altération si notable du canal vertébral était de nature à nuire notablement aux fonctions des organes qui sont sous l'influence de cette partie de la moelle, et de là la constipation suivie de selles involontaires : symptôme ordinaire des affections de cet organe.

Tels sont les symptômes présentés par l'anévrysme de la portion descendante de l'aorte thoracique. Si nous les comparons à ceux que nous avons trouvés dans les anévrysmes de la portion ascendante, nous voyons que les principales différences consistent : 1° dans la douleur qui se fait sentir *à gauche*, soit dans l'épaule, soit dans la partie postérieure de la poitrine, soit à la partie supérieure des lombes, suivant le siége de l'anévrysme; 2° dans le lieu occupé par la tumeur, qui est, non plus à la partie antérieure et supérieure du côté droit de la poitrine, mais à la partie postérieure et gauche, dans un point variable de sa hauteur; 3° dans la rareté plus grande et dans la violence moindre des symptômes liés à la gêne de la circulation de la partie supérieure du corps ou à la compression de la trachée, des bronches et des grosses veines : ainsi la respiration généralement plus libre, l'absence des congestions vers la tête, de l'anxiété, de la dyspnée; 4° enfin dans l'existence, chez quelques sujets, de certains phénomènes propres à l'espèce dont il s'agit, tels que la constipation, les selles involontaires et la paraplégie. Ces différences sont, comme on le voit, parfaitement en rapport avec les différences anatomiques signalées plus haut.

*Marche, durée, terminaison.* — Nous n'avons rien à dire de particulier sur la *marche* et sur la *durée* de la maladie. Quant à la *terminaison*, nous rappellerons seulement que c'est dans des cas d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte ventrale, que l'on a cité des exemples de guérison par la formation de

caillots et par obstruction de l'artère. Toutefois il reste encore beaucoup à faire sur ce sujet, qui présente des points fort obscurs.

*Lésions anatomiques.*—Les *lésions anatomiques* ne diffèrent de celles de l'anévrysme de l'aorte ascendante que par les altérations qu'ont subies les organes voisins de la tumeur : ainsi nous voyons l'anévrysme refouler les poumons, et principalement le poumon gauche; déterminer des adhérences de la plèvre; dénuder, corroder le corps des vertèbres et la partie vertébrale des côtes, de manière à mettre à nu le canal vertébral, ou à aller faire saillie à l'extérieur. Ce qu'il y a de remarquable en pareil cas, c'est la résistance des cartilages intervertébraux à cette action corrodante. En effet, tandis que les parties osseuses sont plus ou moins profondément détruites, ceux-ci font saillie au-devant d'elles, et conservent leur intégrité.

Quelquefois il semble qu'il ne reste plus, dans certains points du sac anévrysmal, aucune trace de l'aorte, et alors ce sont les parties environnantes, les poumons, les plèvres, les vertèbres qui forment les parois de la tumeur.

L'anévrysme étant en rapport immédiat avec la plèvre gauche, il en résulte que si le sac anévrysmal vient à se rompre, le sang peut s'écouler dans la cavité pleurale, tandis que, dans la portion ascendante, c'est dans les bronches, la trachée ou les grosses veines que s'ouvre ordinairement l'anévrysme. Nous n'avons pas trouvé un seul exemple de rupture à l'extérieur dans les cas d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante. Cela tient, sans aucun doute, à la résistance plus grande de la cage osseuse, ainsi qu'à l'épaisseur plus considérable des parties molles, et principalement des plans musculaires de la région dorsale. Telles sont les particularités anatomiques propres à cette espèce; les autres lésions lui sont communes avec la précédente.

*Diagnostic.* — Le *diagnostic* est fondé sur des signes semblables à ceux qui ont été indiqués à propos de l'espèce précédente. Lorsqu'il n'y a point de tumeur saillante à l'extérieur, ce diagnostic est beaucoup plus difficile; mais en revanche, lorsque cette tumeur existe, il offre plus de facilité que celui de la portion ascendante. Si, en effet, on trouve à la partie postérieure de la poitrine, du côté gauche, le long de la colonne vertébrale, une tumeur présentant des battements sonores, isochrones au pouls et expansifs, on ne saurait douter qu'ils n'appartiennent à l'anévrysme de l'aorte pectorale descendante; l'artère, étant placée trop profondément, ne peut soulever par ses battements une tumeur d'une autre nature.

Des battements simples ou doubles, s'entendant dans une assez grande étendue de la partie postérieure de la poitrine, et joints aux différents bruits anormaux signalés plus haut, à la matité, à l'absence de la respiration, pourraient faire reconnaître un anévrysme considérable qui n'aurait point détruit la paroi osseuse de manière à faire saillie à l'extérieur. La douleur siégeant dans un point de la colonne dorsale, la marche de la maladie, et dans des cas particuliers, comme dans celui de Laennec, les accidents produits par la lésion profonde du canal vertébral, serviraient encore à lever les doutes.

La *pneumonie* et la *pleurésie* se distinguent facilement de la maladie qui nous occupe par le mouvement fébrile qui les accompagne, par la marche, l'étendue de la lésion et les divers symptômes pectoraux. Il n'est pas même nécessaire de chercher à établir d'une manière plus précise ce diagnostic différentiel.

Une *tumeur* de nature particulière développée dans le poumon, un *cancer*, par

exemple, peut, comme l'on sait, donner lieu à un bruit de souffle, et quoique l'absence des troubles de la circulation mentionnés plus haut soit de nature à éclairer le diagnostic, on conçoit la possibilité d'une erreur; mais ces cas sont si rares que l'on ne peut établir à ce sujet que des conjectures: il est donc inutile d'insister plus longtemps sur le diagnostic de cet anévrysme. Consultez, pour le complément du diagnostic, le résultat des recherches de M. R. Golding, que j'ai citées dans l'article précédent (voy. p. 288).

*Pronostic.*—Nous avons dit plus haut que le *pronostic* de l'anévrysme de l'aorte pectorale descendante était généralement regardé comme un peu moins grave que le précédent; toutefois nous devons ajouter que l'observation n'a pas dit son dernier mot à ce sujet, et que de nouvelles recherches sont nécessaires.

Le *traitement*, considéré d'une manière générale, ne diffère pas du précédent; il nous suffit seulement de dire que toutes les *applications externes* doivent être faites à la partie postérieure de la poitrine, là où existent les symptômes locaux, et, de plus, que comme on a plus de raison d'espérer la guérison de l'anévrysme par formation de caillots considérables dans l'intérieur du vaisseau, on doit employer avec plus de rigueur le traitement destiné à affaiblir notablement la circulation, c'est-à-dire le *traitement d'Albertini et de Valsalva* (1).

## ARTICLE VIII.

### ANÉVRYSME DE L'AORTE VENTRALE.

Cette espèce est encore plus rare que les précédentes. On n'en trouve qu'un petit nombre d'exemples rapportés dans les auteurs; mais ces faits sont assez remarquables pour que l'on puisse en tirer quelques résultats importants.

*Causes.* — Les *causes*, dans les observations que nous avons rassemblées, n'ont présenté rien de particulier. Un malade avait ressenti une douleur vive dans le point occupé par l'anévrysme au moment où il soulevait un fardeau; mais les symptômes ne survinrent que quelque temps plus tard.

*Symptômes.* —Parmi les *symptômes*, celui qui doit fixer d'abord notre attention, est la *douleur*. Nous la trouvons, encore ici, dans un point plus inférieur. C'est, en effet, vers la région épigastrique ou dans les lombes qu'elle se fait sentir. Elle n'a été vive et lancinante que chez un seul sujet; elle s'étendait, dans ce cas, au sternum et aux côtes; mais il y avait une complication d'hypertrophie du cœur, à laquelle on pouvait attribuer la douleur des parties supérieures.

Dans trois des observations que nous avons rassemblées, on a noté l'existence d'une *tumeur* qui siégeait, soit entre l'épigastre et l'ombilic, soit dans l'hypochondre gauche. Dans cette tumeur, on percevait à l'auscultation des bruits clairs et sonores, et un malade croyait entendre un sifflement dans le lieu occupé par l'anévrysme. Chez un malade que nous avons actuellement sous les yeux, il existe un *bruit de souffle* simple, très fort et isochrone au pouls.

Ce qu'il y avait surtout de remarquable, c'était l'absence des symptômes pectoraux que nous avons vus exister à un assez haut degré dans un si grand nombre de

(1) Voy tome III, article *Hypertrophie du cœur*.

cas d'anévrysme de l'aorte pectorale. La toux, la dyspnée, les palpitations, l
gestions vers la tête, ne se sont montrées, en effet, que chez un seul mal
leur existence s'expliquait très bien par l'hypertrophie du cœur qui com
l'anévrysme ventral. Il en est de même du *pouls*, qui n'a été intermittent q
ce seul cas. Dans un cas cité par M. Benson (1), il y avait de la gêne de la
ration seulement quand le malade montait un escalier ou se livrait à un e
violent, mais cette difficulté de respirer n'apparut que six mois avant la
quand l'affection datait déjà de trois ans. A l'autopsie, on ne trouva rien d
des poumons ni du cœur, si ce n'est que celui-ci était un peu chargé de gr
niveau du ventricule droit.

Mais, d'un autre côté, on trouve quelques symptômes qui n'appartienne
qu'à l'anévrysme dont nous nous occupons. Les *vomissements* qui surv
après chaque repas chez deux sujets dont l'anévrysme occupait la région ép
que; les *selles involontaires* chez un autre; l'*œdème borné aux memb
rieurs* chez trois; la *paraplégie* dans un cas à peu près semblable à celui q
recueilli par Laennec, et que nous avons cité plus haut, sont des signes qui
dent du siége particulier de la tumeur. Nous devons y ajouter les *douleu
le bassin*, et peut-être aussi les *pertes utérines*, qui ont eu lieu dans un
par M. Pennock (2), et la *constipation* dans celui qu'a rapporté M. Ben

*Marche, durée, terminaison.* — Quant à la *marche* et à la *durée* de la m
il est impossible d'en rien dire de précis avec le petit nombre de faits q
possédons. Chez un sujet, la durée a été de plus de huit ans. La *terminais*
plus souvent funeste. Dans un cas cité par M. Odoardo Linoli (4), la guéris
lieu; mais il faut dire que l'observation laisse des doutes sur l'exactitude du d
tic, car la tumeur n'est point suffisamment décrite; et, d'après l'auteur lui
elle était si légère, qu'on pourrait bien admettre l'existence pure et simpl
battements nerveux observés assez fréquemment chez les femmes. Le suj
une jeune femme irritable.

M. Moutard-Martin (5) a observé un cas d'anévrysme de l'aorte abdominal
son siége entre les piliers du diaphragme, et qui s'est *ouvert dans la plèvre*
La mort fut subite.

*Lésions anatomiques.* — Les *lésions anatomiques* ne diffèrent de celles
été décrites dans les espèces précédentes que par un petit nombre de partic
D'abord le siége même de la tumeur fait qu'elle contracte des rapports ave
verses parties de la cavité abdominale, et que la *rupture du sac* peut avoir li
*le péritoine*. M. Louis a observé un cas de ce genre qu'il nous a communi
dans lequel il s'est manifesté des symptômes violents de péritonite, tels q
leurs vives survenues brusquement, anxiété, etc., en un mot, les phénom
la péritonite par rupture. Dans l'observation de M. Benson (6) il y eut ég
rupture du sac dans le péritoine, et péritonite promptement mortelle.

(1) *Dublin medical Press*, mai 1849, et *Archives de médecine*, février 1850.
(2) Voy. *Archives gén. de médecine*, 3e série, t. IV, p. 356.
(3) *Loc. cit.*
(4) Voy. *Annal. univ. di med.* Milano, decemb. 1836, p. 440.
(5) *Bulletins de la Soc. anatom.*, 1845.
(6) *Loc. cit.*

*Anévrysme disséquant.* — L'anévrysme de l'aorte ventrale est celui qui présente le plus fréquemment la forme particulière désignée sous le nom d'*anévrysme disséquant*. Dans quelques cas, la membrane interne et moyenne étant rompue, le sang soulève la membrane externe et la gaîne celluleuse, les décolle dans une plus ou moins grande étendue du vaisseau, et forme ainsi un sac allongé qui suit la direction de l'artère. Cette variété, qui n'a guère d'intérêt que sous le point de vue anatomique, ne présente rien de particulier, si ce n'est une étendue plus grande de la tumeur, qu'on peut constater pendant la vie.

Nous avons vu que l'*œdème* se manifestait principalement aux membres inférieurs; dans un cas, cela tenait sans doute à la compression de la veine cave inférieure, et probablement dans les autres y avait-il également un *obstacle au cours du sang veineux* dans l'abdomen; mais cette particularité n'a pas été mentionnée par les observateurs.

*Diagnostic.* — Lorsque le sac anévrysmal a une capacité considérable, le *diagnostic* n'offre ordinairement aucune difficulté. En effet, en déprimant la paroi abdominale, on peut circonscrire la tumeur, sentir ses battements expansifs et isochrones au pouls, percevoir à son niveau les bruits anormaux qui s'y produisent, constater la matité dont elle est le siége; en pareil cas, on ne saurait confondre l'anévrysme avec aucune autre maladie. Mais lorsqu'il n'y a qu'une petite tumeur, les difficultés sont beaucoup plus grandes. Il peut, en effet, exister, surtout à l'épigastre, des tumeurs qui, placées immédiatement au-devant de l'artère, en reçoivent l'impulsion, de manière à simuler des battements isochrones au pouls. En pareil cas, il faut avoir grand soin de rechercher si les battements sont expansifs, c'est-à-dire s'ils semblent partir du centre de la tumeur pour aller retentir dans tous les points de sa circonférence, ou en d'autres termes, s'il y a une véritable dilatation. Ces signes appartiennent en propre à l'anévrysme. Dans le cas contraire, la tumeur est simplement soulevée en masse.

Malheureusement on n'a point fait, relativement à cet anévrysme, les mêmes recherches que pour l'anévrysme de l'aorte pectorale. On n'a pas examiné avec soin l'état des artères crurales, comme dans le premier cas on a recherché l'état de l'artère radiale. C'est un point qu'il faut recommander aux observateurs.

*Pronostic.* — Quant au *pronostic*, d'après ce qui a été dit de la terminaison, il est fort grave; mais le petit nombre des faits ne permet pas de se prononcer sur ce point d'une manière plus précise.

*Traitement.* — Y a-t-il quelques particularités à signaler dans le traitement, outre l'application des moyens externes, qui doit, il n'est pas besoin de le dire, être faite sur l'abdomen? Voici le traitement suivi par M. Odoardo Linoli, dont l'observation n'est pas malheureusement aussi concluante qu'il serait à désirer :

*Saignée* tous les deux jours, d'abord de huit, puis de six, puis de quatre, puis de deux onces. *Diète liquide;* de l'eau pure pour boisson. *Digitale pourprée*, à commencer par *soixante centigrammes* pour arriver jusqu'à *quatre grammes.* Cette dernière dose ayant déterminé des accidents, on la suspend, puis on la reprend, puis on la remplace par la *jusquiame.* Sous l'influence de ce traitement, il survient une prostration notable, une dilatation marquée des pupilles; le pouls devient très faible; les battements de la tumeur diminuent notablement, et la légère saillie épigastrique s'efface. Plus tard, tous les mois : *sangsues à la vulve*, fréquents

*purgatifs*, *glaces* pour tout aliment. Par ce moyen, les symptômes sont réduits au point qu'on croit la malade guérie. Elle reprend son régime habituel, mais bientôt tous les signes se reproduisent; alors le médecin met en usage le *traitement d'Albertini et de Valsalva*, en y ajoutant l'emploi de la digitale et de l'opium, et obtient une guérison radicale.

## ARTICLE IX.

### ANÉVRYSME VARIQUEUX.

A la rigueur, on pourrait regarder l'anévrysme variqueux comme faisant partie des anévrysmes précédemment décrits, puisque, dans les cas où cette espèce se produit d'une manière spontanée, il y a d'abord un simple anévrysme de l'aorte qui, se rompant dans une veine voisine, donne lieu aux accidents de l'anévrysme variqueux. Mais comme ces accidents présentent quelques particularités importantes, et comme l'anévrysme variqueux, une fois établi, a quelques caractères qui lui sont propres, cette forme constitue en réalité une maladie particulière. Nous possédons sur ce sujet un mémoire important publié par M. Thurnam (1). Cet auteur, rassemblant la plupart des observations citées dans les divers recueils, et les réunissant aux siennes, en a présenté une analyse où les divers faits sont examinés avec rigueur, suivant la méthode numérique. C'est principalement dans ce travail que je puiserai les matériaux de la description suivante.

Dans les observations rassemblées par M. Thurnam, on ne découvre aucune *cause* qui appartienne en propre à l'anévrysme variqueux. Un anévrysme simple s'étant d'abord produit, il n'est pas étonnant qu'on ait trouvé les sujets dans les mêmes conditions que ceux dont il a été question plus haut.

Le *début* de la maladie a été de deux sortes : tantôt les symptômes qui la caractérisent se sont produits graduellement, et tantôt l'ouverture de l'anévrysme dans un vaisseau veineux a semblé s'être faite tout à coup à la suite d'efforts plus ou moins violents; dans ces cas, les sujets étant bien portants, il survint brusquement un ensemble de symptômes analogues à ceux d'une rupture du cœur, une faiblesse subite, la dyspnée, les palpitations, une sensation de rupture dans la poitrine, des vomissements, et même une insensibilité générale dans un cas. Tels sont les symptômes qui, selon les probabilités, annoncèrent la rupture de l'artère dans la veine. On voit que ces deux espèces de début ne diffèrent pas de celles que nous avons trouvées dans les autres formes d'anévrysme. Il est même possible que, dans quelques-uns de ces cas, il n'y ait pas eu, au moment où les accidents se sont produits, rupture de l'aorte dans le vaisseau veineux. Nous avons vu, en effet, ces mêmes accidents se manifester dans des cas où il n'existait point d'anévrysme variqueux, et où ils ne pouvaient être attribués qu'à la rupture des membranes interne et moyenne et à la distension brusque de l'externe. Il est donc permis de penser que, dans quelques-uns de ces cas, il y a eu formation rapide d'un anévrysme faux dont le sac s'est accolé à la veine, dans laquelle il s'est ouvert plus tard.

L'anévrysme variqueux présente des considérations importantes, suivant qu'il se produit dans l'intérieur de la poitrine ou qu'il a son siége dans l'abdomen, ce qui

(1) *Med.-surgical Transactions*, 1840, vol. XXIII, p. 323.

est beaucoup plus rare. Il est en outre nécessaire de distinguer l'anévrysme variqueux dont la rupture a lieu dans le ventricule droit ou dans l'oreillette, de celui qui s'est ouvert dans la veine cave supérieure, et de celui qui communique avec l'artère pulmonaire. Passons-les rapidement en revue.

D'après les recherches de M. Thurnam, c'est principalement dans les sinus aortiques que se produisent les anévrysmes. Or celui qui occupe le sinus droit a de la tendance à s'ouvrir dans la veine cave supérieure, tandis que celui qui a son siége dans le sinus gauche tend, par sa direction, à s'ouvrir dans l'artère pulmonaire. Les anévrysmes qui s'ouvrent dans les cavités droites du cœur prennent ordinairement naissance immédiatement au-dessus des valvules, au côté droit de l'aorte.

### § I. — Anévrysme variqueux ouvert dans la veine cave supérieure.

Les symptômes de cet anévrysme sont les suivants : Signes manifestes d'un arrêt de la circulation ; couleur de la peau livide, marbrée, s'étendant, dans un cas, à la muqueuse de la gorge et au voile du palais ; distension des veines de la face, du cou et du thorax ; état presque variqueux de ces vaisseaux ; anasarque plus ou moins considérable dans les cas où la mort ne survient pas très promptement après la formation de l'ouverture variqueuse ; infiltration générale, plus remarquable dans la partie supérieure du corps ; dyspnée ordinairement considérable ; toux avec anxiété ; expectoration quelquefois sanguinolente ; palpitations ; pouls bondissant, vibrant, frémissant. Les signes physiques ont été rarement notés. Ils consistaient en une impulsion marquée sous la clavicule droite, avec un murmure bruyant dans le même point.

M. le docteur Cossy (1) nous a donné la relation très intéressante d'un cas d'anévrysme de l'aorte ascendante qui s'est ouvert dans la veine cave supérieure, et qui ressemble à quelques-uns de ceux qu'a rapportés M. Thurnam. La circulation n'étant gênée, dans ce cas, que dans la veine cave supérieure, l'œdème resta borné aux membres supérieurs qui contrastaient par leur volume avec la sécheresse des membres inférieurs.

### § II. — Anévrysme variqueux s'ouvrant dans l'artère pulmonaire.

On a noté à très peu près les mêmes signes que dans l'anévrysme précédent ; seulement les symptômes pectoraux ont été plus marqués, et l'impulsion, avec un bruit de souffle intense, se faisait entendre principalement au milieu du sternum.

L'anévrysme disséquant peut devenir aussi variqueux. M. le docteur Pirrie (d'Aberdeen) a trouvé, chez un homme qui ne présentait aucun signe de maladie de l'appareil circulatoire et qui mourut presque subitement, un anévrysme disséquant de l'aorte, communiquant avec l'artère pulmonaire par une ouverture de plus d'un demi-pouce de diamètre, un peu au-dessous de sa bifurcation.

### § III. — Anévrysme variqueux communiquant avec l'oreillette droite.

Ici les symptômes ont été un peu plus remarquables : l'anasarque était générale, la circulation fortement troublée ; il existait des palpitations considérables à la région

(1) *Archives gén. de médecine*, septembre 1843.

précordiale, et un bruit de souffle intense dont le maximum était à la par rieure du sternum : ce bruit était continu, prolongé au premier temps, et plus court au second.

M. le docteur Bevil Peacock (1) a cité un cas d'anévrysme de l'aorte a qui s'est ouvert dans l'oreillette droite. Ce fait ressemble à ceux qu'a M. Thurnam, et M. le docteur Tripe (2) a vu un cas semblable. Les sy étaient : le bondissement du pouls ; un murmure qui couvrait le seco s'étendait jusqu'au grand silence, et avait son maximum entre la deuxiè troisième côte, près du sternum.

### § IV. — Anévrysme variqueux s'ouvrant dans le sommet du ventricul

Dans un cas observé avec soin par M. Thurnam, on constata une ma son siége à la région précordiale, et s'étendant jusqu'au niveau de la côte ; un bruit de scie continu intense occupait le même point, et s'ét outre dans presque tous les points du thorax, éclatant surtout au premie ayant son maximum au deuxième espace intercostal, à environ 3 ce du sternum, point qui correspondait exactement au siége de l'anévry queux.

Quelquefois la communication de l'anévrysme variqueux est multiple : c que M. le docteur Beck (3) a vu un anévrysme de l'aorte communiquan ventricule droit par une ouverture admettant le doigt auriculaire, et les tricules communiquant entre eux, et que M. Turnbull (4) a cité un cas da la poche anévrysmale s'est ouverte à la fois dans le ventricule droit et dan pulmonaire.

### § V. — Anévrysme variqueux de l'aorte ventrale, ouvert dans la vei cave inférieure.

Les signes particuliers à cette espèce étaient une tumeur pulsatile dan men, présentant à son niveau un bourdonnement continu, sensible non-s pour les assistants, mais encore pour le malade lui-même. En outre, les sy pectoraux étaient beaucoup moins intenses, et l'anasarque n'occupait que le inférieures.

*Marche de l'anévrysme variqueux.* — Nous ne nous étendrons pas d sur les symptômes de l'anévrysme variqueux ; nous ajouterons seulement qu du moment de la rupture de l'aorte dans le système veineux, le pronostic devenir très grave. Dans plusieurs cas, en effet, la mort a eu lieu en quelque et dans les autres la durée de la maladie n'a pas dépassé dix mois. Toutefoi que cette rupture de l'anévrysme est encore la moins terrible de toutes ce ont été indiquées ; car, dans ces dernières, soit que la tumeur s'ouvre m médiatement ou immédiatement, soit qu'elle se rompe dans une cavité, tel

(1) *London and Edinburgh monthly Journal*, janvier 1845.
(2) *The Lancet*, novembre 1844.
(3) *Med.-chir. Trans.*, 1842.
(4) *The Lancet*, juillet 1845.

la plèvre, le péricarde et le péritoine, la mort est instantanée, ou du moins très rapide.

*Diagnostic.* — Quant au *diagnostic* de l'anévrysme variqueux, il présente d'assez grandes difficultés, ce qui tient à ce que, dans les cas où il existe une tumeur anévrysmale considérable dans l'intérieur de la poitrine, sans aucune communication avec le système veineux, des symptômes à peu près semblables se produisent. Toutefois si, sans trouver une matité très étendue, sans constater l'existence d'une fissure à la paroi thoracique, on observait les signes d'une stase du sang veineux, une infiltration considérable, des symptômes pectoraux intenses, et, dans un des points mentionnés plus haut, un bruit de souffle, de scie, de râpe, un bourdonnement très notable et continu, on aurait des raisons pour admettre l'existence de l'anévrysme variqueux, et le diagnostic acquerrait un bien plus haut degré de probabilité si ces accidents s'étaient produits tout à coup sans formation de tumeur à l'extérieur.

Quant à la distinction des diverses espèces d'anévrysmes variqueux, c'est uniquement d'après leur siége qu'elle a été établie. Il faudra donc, avant de se prononcer, rechercher le point précis où l'on rencontre les signes physiques, et noter quels sont les organes où se montrent les symptômes précédemment indiqués. Ainsi un œdème général considérable, une stase de la circulation veineuse dans tout le corps, un trouble notable des battements du cœur avec bruit de scie, de râpe, frémissement cataire, etc., siégeant à droite du sternum, entre la deuxième et la troisième côte, annonceront la communication de l'anévrysme avec les cavités droites du cœur; l'œdème borné à la partie supérieure du corps, la tuméfaction des veines du cou et du thorax, le bruit de souffle en dehors du sternum, sous la clavicule droite ou un peu au-dessous, feront admettre l'existence de l'anévrysme communiquant avec la veine cave supérieure; l'intensité très grande des symptômes pectoraux, avec des battements sous le sternum et des bruits anormaux dans le même point, annoncent la communication avec l'artère pulmonaire; enfin une tumeur dans la cavité abdominale, les bruits anormaux dans le même point, la stase du sang veineux dans les veines du membre inférieur et de l'abdomen, l'infiltration séreuse de ces parties, sont les signes de la communication de l'anévrysme avec la veine cave inférieure.

Nous devons ajouter que ces considérations, tirées d'un petit nombre de faits, demandent, pour être définitivement fixées, des recherches plus nombreuses. Peut-être, dans la suite, trouvera-t-on quelques signes plus positifs qui ont échappé aux observateurs dans ces affections si difficiles à étudier.

*Traitement.* — Quant au *traitement*, nous n'avons qu'un petit nombre de considérations à présenter. Le sang artériel pouvant pénétrer dans le système veineux, et le sac anévrysmal se vider plus ou moins complétement, il en résulte qu'on doit espérer beaucoup moins la formation de caillots qui oblitèrent le vaisseau; aussi la médication ne doit-elle être que palliative, et il serait inutile d'employer le traitement d'Albertini et de Valsalva dans toute sa rigueur.

Nous avons vu que la stase du sang veineux et les congestions vers les organes internes étaient généralement les phénomènes les plus remarquables de la maladie. Pratiquer de temps en temps des *saignées*, pour remédier à cette plénitude; prescrire les *diurétiques;* recommander aux malades un *exercice très modéré;* donner

les *calmants* contre les troubles de la respiration : tels sont les principaux qu'il importe de mettre en usage et qu'il suffit d'indiquer.

Dans les cas où la faiblesse serait un peu considérable, il ne faudrait pas à adopter un *régime* fortifiant et à prescrire quelques *toniques*. Ce sont simples conjectures sans doute; mais, en l'absence de faits plus positifs, on conduire d'après les données fournies par l'état local et général.

## ARTICLE X.

### RUPTURE DE L'AORTE.

Nous avons vu plus haut comment l'anévrysme de l'aorte peut se romp dans une cavité fermée, soit dans un canal communiquant au dehors, superficie du corps; mais il n'est pas toujours nécessaire qu'il existe un an pour que la rupture du vaisseau ait lieu. On a cité, en effet, des cas authe dans lesquels l'aorte, sans avoir éprouvé de modifications dans son calib rompue, d'où est résultée une mort subite. Ph. Bérard (1) a rassemblé q aits de ce genre.

*Causes.* — C'est tantôt à la suite d'une *violence extérieure*, tantôt dans u *violent*, dans un *mouvement brusque*, et tantôt par l'action sur le vaisse corps *étranger* introduit dans l'œsophage, que la rupture se produit. Dans nier cas, elle peut avoir lieu sans que ce vaisseau présente aucune des nom lésions précédemment décrites; la perforation est tout accidentelle. Dans le cas, au contraire, on a toujours trouvé des *altérations chroniques*, et prin ment le ramollissement ulcéreux de l'aorte.

Quelquefois on rencontre *plusieurs ouvertures*, comme dans un cas obse M. Dalmas; l'aorte est alors comme criblée. Plus souvent on ne voit qu'un perforation irrégulière. Cet accident s'observe aussi chez les animaux. Nou vu, sur une pièce recueillie par M. Trousseau, une large perforation de l'ao sortie du ventricule, trouvée sur un cheval qui était tombé mort en fais violent effort pour traîner une lourde voiture.

La perforation ayant ordinairement son *siége* dans un point de l'aorte voi cœur, c'est dans le péricarde que se fait le plus souvent l'épanchement sa Quelquefois, comme dans un cas observé par Dalmas, l'hémorrhagie a lieu la plèvre. Si c'est un corps étranger qui, à travers l'œsophage, a perforé l' il y a des vomissements de sang vermeil.

Excepté dans ce dernier cas, où l'étroitesse de l'ouverture peut permettre la longation de l'existence, *la mort est subite*. Cet accident doit être bien con médecin, surtout au point de vue de la médecine légale; mais il ne saurait arrêter plus longtemps dans un ouvrage conçu au point de vue de la pathol interne.

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. III, p. 424.

## ARTICLE XI.

### RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DE L'AORTE.

blitération de l'aorte n'est pas toujours le degré le plus avancé du rétrécisse-
; elle a parfois des causes qui lui sont propres, et certains rétrécissements dus à une cause particulière ; néanmoins, dans un nombre assez considérable s, les conditions dans lesquelles se développent ces lésions sont très sensible-t les mêmes, et de plus leurs symptômes ne diffèrent pas notablement, au degré nsité près. Nous croyons donc pouvoir faire, dans un seul article, l'histoire étrécissement et de l'oblitération, tout en signalant, chemin faisant, ce qui rtient spécialement à chacune de ces deux lésions.

Barth (1) a publié des recherches importantes sur ce sujet, qu'il a traité rd dans sa thèse inaugurale, et ensuite dans la *Presse médicale*, où se trouve émoire malheureusement non terminé, mais dans lequel sont rassemblées les rvations dont l'analyse devait servir de base à tout ce travail. Nous allons em-ter à ces recherches les principales considérations qui vont suivre ; et comme git d'une affection qui offre peu de ressources au point de vue du traitement, glisserons assez rapidement sur sa description.

#### § I. — Causes.

##### 1° Causes prédisposantes.

rmi les observations rassemblées par M. Barth, le plus grand nombre a été eilli chez des hommes. Toutefois il faut faire une exception relativement à itération de l'aorte *par obstruction* du vaisseau, car cette espèce a été observée fois chez des femmes, et deux fois seulement chez des hommes. M. Barth en e la cause probable dans le développement de la matrice pendant la grossesse, ns les diverses tumeurs des ovaires ou de l'utérus, qui, pressant sur l'aorte, ent y gêner la circulation et déterminer la formation de caillots. Sauf cette eption, toutes les autres lésions qui produisent soit une diminution de calibre, soit oblitération complète, sont notablement plus fréquentes chez les sujets du sexe culin, ce qui est en rapport avec la fréquence plus grande des maladies du sys-e artériel chez les hommes.

L'*âge* auquel on a constaté par l'autopsie l'existence de la lésion est extrê-ement variable ; mais si, avec M. Barth, on recherche le début de la maladie, voit que, dans un tiers des cas, il paraît remonter aux premiers temps de la vie, alors la lésion est due principalement à une espèce de coarctation du vaisseau, s état morbide notable de ses parois. Dans les cas où celles-ci sont plus ou oins profondément altérées, la maladie s'est développée à un âge plus avancé, t par conséquent à une époque où les lésions artérielles ont plus de tendance à se roduire.

(1) Thèse. Paris, 1837, in-4°. — *Presse médicale*, 1837, t. I. — Nous citerons aussi, comme ouvant éclairer cette question, les nombreux faits rapportés par J.-M. Dubrueil (*Des anomalies artérielles*, Paris, 1847, p. 192 et suiv.).

Relativement aux *professions*, à la constitution des sujets et aux *circonstances hygiéniques* dans lesquelles ils se sont trouvés, nous ne pouvons, avec le petit nombre de faits connus, arriver à aucune conclusion importante.

### 2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, nous notons d'abord l'*anévrysme de l'aorte* [illegible] *celui de l'artère cœliaque*, trouvé dans un cas signalé par Larcheus (1), et l'*affec*[illegible]*tion cancéreuse*, qui, chez une malade observée par M. Velpeau (2), déte[illegible] évidemment l'oblitération de ce vaisseau.

On sait que l'on a attribué au *rhumatisme articulaire* une grande influence [illegible] la production des maladies du système artériel; mais, parmi les cas rassemblés [illegible] M. Barth, un seul, recueilli par lui (3), a présenté la coïncidence d'un rhumati[illegible] antécédent avec une oblitération de l'aorte.

« Quant aux *agents extérieurs*, ajoute ce médecin, nous trouvons, par l'a[illegible] qui précède, que, dans plusieurs cas, les premiers phénomènes morbides ont [illegible] de près l'*impression du froid;* que, dans d'autres, cette influence a notable[illegible] exaspéré les symptômes déjà existants; que, chez un malade, des accidents gr[illegible] se sont déclarés après une *fatigue* par un temps froid, et que, chez un dernier, [illegible] mort subite a suivi de près un *excès de boisson.* »

On voit que, parmi ces dernières causes, il en est quelques-unes que l'on ne [illegible] pas ranger parmi celles qui peuvent produire la maladie, mais seulement par[illegible] celles qui peuvent l'exaspérer.

### § II. — Symptômes.

*Début.* — Le *début* de l'affection peut paraître subit. En pareil cas, les mal[illegible] sont pris très rapidement d'anxiété, de malaise général, d'oppression, de doul[illegible] dans la poitrine; mais ce n'est pas là véritablement un début subit. On retro[illegible] en effet ces mêmes symptômes à une époque plus ou moins éloignée de la naiss[illegible] dans des cas où l'affection est évidemment congénitale. Les choses se passent [illegible] comme dans les cas de communication anormale des cavités du cœur. La lé[illegible] peut exister assez longtemps sans donner lieu à des symptômes notables, et p[illegible] sous l'influence de causes qui souvent nous échappent, des symptômes graves [illegible] manifestent rapidement.

*Symptômes.* — La *douleur* a existé chez un assez grand nombre de suj[illegible] mais ce n'était point toujours une douleur locale, et sous ce rapport il faut éta[illegible] une distinction importante. La *douleur locale*, c'est-à-dire celle qui siégeait da[illegible] un point correspondant à celui qu'occupait la lésion, s'est montrée dans la moi[illegible] des cas environ. Tantôt c'était une douleur vive; tantôt, au contraire, une dou[illegible]leur sourde et fatigante. Quant au point précis qu'elle occupait, il était [illegible] variable. Chez quelques-uns, elle était sous-sternale; chez d'autres, elle avait [illegible] siége dans l'hypochondre droit; chez plusieurs, c'était une douleur en ceintu[illegible] autour de la poitrine, et chez d'autres enfin elle occupait la partie inférieure [illegible] l'abdomen. En général, son siége correspondait au point de l'aorte occupé p[illegible] la lésion.

(1) Dans M. A. Severin. *De recond. abcess. nat.*, lib. IV, p. 280. Francofurti, 1643.
(2) *Exposition d'un cas remarquable de maladie cancéreuse.* Paris, 1825, in-8.
(3) *Presse médicale* (*Mém. cit.*), 2ᵉ série, obs. 14.

e douleur s'est montrée tout aussi fréquemment chez les sujets affectés de
issement que chez ceux qui avaient une oblitération complète; mais il n'en
 de même d'une autre douleur qui, dans quelques cas, se propageait par
tion dans les membres inférieurs. Celle-ci, qui consiste en *fourmillements*,
*cements*, ou en d'autres sensations analogues, ne s'est montrée que dans
 d'oblitération complète, et si le nombre des faits était plus considérable,
rait tirer de cette circonstance un signe précieux pour le diagnostic
tiel.

*palpitations* sont un symptôme assez fréquent; elles se manifestent égale-
ans le simple rétrécissement et dans l'oblitération complète. Elles augmentent
rement par le mouvement et sous l'influence des émotions morales.

n *ausculte* la région précordiale et le trajet des artères, on trouve, dans un
 nombre de cas, les *battements du cœur* augmentés d'intensité, et un *bruit*
*fle* plus ou moins fort dans l'aorte et dans les carotides.

*rcussion* a été si rarement pratiquée dans les cas publiés, qu'il est à peine
e d'en dire un mot. Le son était mat dans une plus grande étendue qu'à l'état
 à la région précordiale et dans les trois cinquièmes inférieurs du sternum,
 sujet qui présentait de grands troubles dans la circulation.

général, le *pouls* est plein, dur et accéléré; quelquefois cependant il est petit
le. Le plus souvent on le trouve inégal ou même intermittent. Il est parfois
 de constater, à la simple vue, les battements de toutes les artères superfi-
s qui prennent naissance au-dessus du point occupé par la lésion, tandis qu'on
re non-seulement on ne voit pas ceux des artères inférieures, mais encore
eine à les percevoir par le toucher. C'est là un signe qui ne manque pas
rtance.

trouve quelquefois les *veines* du cou gonflées, saillantes, et alors il y a une
n plus ou moins marquée de la face. Quant à l'*œdème*, il a été assez
ent noté, peut-être par défaut d'attention. Il a été rencontré aussi sou-
dans les cas de simple rétrécissement que dans ceux où l'oblitération était
ète.

Un autre groupe de symptômes, dit M. Barth, qui sont très importants et qui
été constatés par l'expérience, se manifestent dans les *membres inférieurs*.
 grêles que les membres thoraciques, quand la maladie date de longtemps, on
ouve souvent habituellement froids, et, dans un certain nombre de cas, le
de y éprouve des douleurs, un sentiment de froid, de faiblesse, d'engourdisse-
t, disparaissant quelquefois d'une manière plus ou moins complète pendant le
s, mais revenant pendant la marche, et augmentant par le mouvement. Quel-
fois on voit apparaître sur les extrémités inférieures des taches rouges livides,
es d'une gangrène commençante qui peut donner lieu au sphacèle du membre.
 on observe parfois les signes que peuvent produire les diverses lésions conco-
tes du cœur. »

Les *symptômes* du côté du tube digestif sont assez rares. Ils ne surviennent guère
 l'époque où la maladie a déjà fait des progrès considérables. L'inappétence, la
f, les nausées, quelquefois des vomissements, et plus fréquemment la constipa-
n, ont été principalement signalés par M. Barth.

Enfin des *sueurs* plus prononcées aux extrémités supérieures, de l'*insomnie*, la

*dépression des forces*, tels sont les phénomènes qui viennent compléter ce t
Dans un cas seulement, il est fait mention du *décubitus*, qui était dorsal,
fortement élevée.

### § III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il est très difficile de déterminer la marche, la durée, la terminaison de l
die. On peut dire qu'en général le rétrécissement et l'oblitération acciden
une *marche* plus rapide que le rétrécissement congénital. Ordinairement le
ptômes suivent une marche progressive, interrompue par des intervalles de
sion. Ce n'est qu'après une certaine durée qu'ils deviennent continus et q
intensité est très grande.

La *durée* de la maladie est très variable, et le plus souvent on ne peut
préciser, à cause de la difficulté que l'on éprouve à fixer le début.

Ordinairement cette affection cause la mort; toutefois M. Barth a cité
dans lequel le sujet, parvenu à une très grande vieillesse, s'éteignit sans sym
remarquables.

### § IV. — Lésions anatomiques.

Dans la description des symptômes, nous avons fait voir qu'il était im
séparer les simples rétrécissements des oblitérations complètes; il en est de
relativement aux lésions anatomiques, et M. Barth, qui a étudié ces maladi
soin, les a lui-même réunies dans une description générale.

Parfois il n'existe qu'un très léger rétrécissement, tandis que chez q
sujets on peut à peine faire pénétrer dans le calibre de l'artère le petit doigt o
une petite plume, et que, chez quelques-uns, le vaisseau est entièrement i
trable. Quelquefois on ne trouve qu'une simple contraction de l'artère, et
alors le rétrécissement a lieu au niveau de l'oblitération du canal arté
telle sorte que l'on peut trouver dans cette oblitération la cause de la coarcta
l'aorte. Dans d'autres cas, il existe en même temps que cette contraction une
de cloison percée dans son centre d'une petite ouverture; plus rarement, c'
dépression latérale qui constitue le rétrécissement. Dans d'autres cas encore
des lésions plus profondes. Les parois artérielles sont épaissies, offrent des
tions stéatomateuses saillantes ou des tumeurs d'une autre nature. Dans que
unes des observations recueillies par M. Barth, le vaisseau était fermé p
membrane ligamenteuse. Dans d'autres, des caillots plus ou moins dense
espèces de bouchons fibrineux qui parfois occupaient une grande étendue, s
au-dessous du rétrécissement, obstruaient complétement la cavité. Dans d'
enfin, plusieurs de ces lésions existaient concurremment.

Le lieu dans lequel on trouve le plus souvent le rétrécissement ou l'oblitér
est l'insertion du canal artériel ou la bifurcation de l'aorte; mais on les a ob
aussi dans les autres parties du trajet de l'artère, et c'est surtout alors qu'ils s
montrés liés à des altérations plus ou moins profondes des parois du vaisseau. I
les cas où la maladie avait son siége à la bifurcation, elle consistait ordinaire
en une obstruction complète.

Presque toujours le rétrécissement est unique; quelquefois cependant on
trouvé plusieurs à des hauteurs différentes.

Un fait qu'il importe beaucoup de mentionner, c'est le développement des artères collatérales destinées à porter une suffisante quantité de sang artériel dans les parties du corps situées au-dessous du rétrécissement ou de l'oblitération. On a vu les intercostales supérieures, les mammaires internes, les cervicales transverses, les diaphragmatiques, les épigastriques, etc., etc., présenter un volume beaucoup plus considérable qu'à l'état normal; ces artères viennent ensuite s'anastomoser avec les rameaux qui reportent le sang dans la circulation des membres inférieurs; quelquefois même il se forme des rameaux anastomotiques anormaux. Lorsque le rétrécissement siége à la bifurcation, on ne trouve pas ce développement des collatérales externes, qui manque aussi dans quelques cas où la lésion a son siége plus bas. On explique alors le maintien de la circulation par le passage du sang dans les artères profondes.

Le développement des vaisseaux artériels supérieurs au rétrécissement paraît beaucoup plus considérable par sa comparaison avec le calibre des vaisseaux inférieurs, qui est notablement diminué. Fréquemment on trouve au-dessus du rétrécissement l'aorte dilatée, tandis qu'elle est quelquefois notablement rétrécie au-dessous. Enfin l'hypertrophie du cœur, les diverses altérations de ses orifices et d'autres altérations secondaires dans le péricarde, les plèvres, les poumons et le cerveau, complètent le tableau des lésions anatomiques.

### § V. — Diagnostic, pronostic.

C'est de la différence qui existe entre la circulation de la partie supérieure et de la partie inférieure du corps qu'on tire les signes les plus utiles pour le diagnostic. Si des palpitations fortes du cœur et de l'aorte, des battements violents et visibles à l'œil dans les artères du cou, une douleur siégeant dans la poitrine, l'oppression, la dyspnée, etc., coïncident avec une petitesse notable, une grande concentration du pouls dans les extrémités inférieures, on sera conduit à admettre l'existence d'un rétrécissement dans l'aorte pectorale. S'il y avait absence de battements dans la partie inférieure de l'aorte et dans les membres inférieurs, on devrait diagnostiquer une oblitération.

Tels sont les principes sur lesquels doit être établi le diagnostic. Maintenant, pour reconnaître le point précis dans lequel existe la lésion, il suffit de constater la hauteur où se fait sentir la douleur, quelles sont les artères dont les battements sont exagérés, et quelles sont celles qui en présentent au contraire de très faibles ou d'insensibles. Si, par exemple, avec une douleur siégeant à la partie inférieure de l'abdomen, on notait, au-dessus de l'ombilic, des battements aortiques plus ou moins violents qu'on ne percevrait plus au-dessous, et une absence plus ou moins complète de battements dans les crurales, on devrait diagnostiquer l'existence d'un rétrécissement considérable ou d'une oblitération complète de l'aorte ventrale au niveau ou au-dessous de l'ombilic.

Lorsque la maladie a duré longtemps, il survient d'autres phénomènes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Ce sont : le peu de développement des membres inférieurs relativement à celui de la partie supérieure du corps, le froid des extrémités inférieures et l'existence de douleurs plus ou moins vives. Ces phénomènes, lorsqu'ils viennent se joindre à ceux qui ont été précédemment indiqués, ne laissent guère de doute sur l'existence de la lésion.

### § VI. — Traitement.

Le *traitement* de cette affection organique ne peut être que palliatif. C
il importe d'en connaître les principes, afin de pouvoir procurer aux mal
le soulagement possible.

La *saignée* est généralement employée. Il faut la mettre souvent en us
qu'il existe une stase considérable du sang, et, par suite, des troubles fo
incommodes, tels que la dyspnée, les étourdissements, etc. Dans les ca
aurait des signes de congestion locale, et principalement de congestion du
applications de sangsues seraient prescrites. On sait que, dans ce dernier
à l'anus que les sangsues doivent être appliquées.

La *digitale*, employée dans le but de calmer la circulation, est aussi
ment recommandée. Un large vésicatoire placé à la région précordiale
poudré avec *cinquante* ou *soixante centigrammes* de poudre de digitale, pe
appliqué, en même temps qu'on prescrira ce médicament à l'intérieur.

Les douleurs précédemment signalées engageront à recourir aux na
à doses assez élevées : ainsi l'extrait gommeux d'opium, à la dose d
vingt centigrammes graduellement, les cataplasmes laudanisés, l'extrait
quiame, etc., etc.

Nous avons vu que l'œdème n'était point fréquent dans cette maladie.
cas où il existerait, les *diurétiques* et quelques *purgatifs* légers seraient
trés de la manière déjà plusieurs fois indiquée.

Pour diminuer la violence de la circulation au-dessus du rétrécisseme
eu en outre recours aux *applications froides* et *astringentes*, et surtout
*tate de plomb* liquide. Dans les cas où il existerait des symptômes intenses
des poumons, on ne devrait employer ces moyens qu'avec précaution.

Enfin, une indication qu'il faut toujours remplir, c'est de tâcher d'e
circulation dans les membres inférieurs, en même temps qu'on cherche à l
dans la partie supérieure du corps. Pour cela on emploie les *applications*
*chaudes*, les *frictions sèches* ou *irritantes* avec l'alcool, avec un linimen
ou même avec l'huile de croton tiglium. Les *pédiluves sinapisés*, de larg
plasmes sinapisés sur les mollets et les cuisses, seront appliqués dans le mê
enfin quelques précautions générales doivent être mentionnées.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISS
ET DES OBLITÉRATIONS DE L'AORTE.

1° Suivre un régime sévère ; se priver des aliments excitants et des l
alcooliques.

2° Éviter les grandes fatigues et tout exercice qui peut activer notable
circulation.

3° Éviter les refroidissements brusques et le passage subit d'une temp
à l'autre.

4° De temps en temps, bains tièdes, avec le soin de ne jamais en élever l
température.

5° Autant que possible, tenir le malade dans le plus grand état de calme

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

**Émissions sanguines; digitale, narcotiques, diurétiques, purgatifs; applications froides ou astringentes sur la partie supérieure du corps; applications chaudes et irritantes sur les parties inférieures; régime sévère.**

## ARTICLE XII.

### BATTEMENTS NERVEUX DES ARTÈRES.

On n'a point fait de grandes recherches sur cette affection, qui par conséquent est fort peu connue. Cependant Laennec, sous ce titre : *De l'impulsion artérielle augmentée*, a cité quelques faits intéressants qui méritent l'attention du praticien ; c'est pourquoi nous allons en dire quelques mots ici, en attendant que des observations plus exactes nous aient mis à même d'en tracer une description plus complète.

Tous les médecins savent que chez certains sujets, et en particulier chez les femmes nerveuses, il se produit assez fréquemment des battements artériels incommodes, qui occupent le plus souvent la portion ventrale de l'aorte. Mais, suivant Laennec, les mêmes battements occupent non moins souvent la partie ascendante et la partie descendante de l'aorte pectorale. L'exactitude de cette proposition est bien loin toutefois d'être démontrée ; car, en lisant avec quelque attention l'article de cet auteur, on s'aperçoit bientôt qu'il n'a pas entièrement distingué les battements purement nerveux de l'aorte de ceux qui sont liés à un état chlorotique ; et, d'un autre côté, comme il ne connaissait point l'insuffisance des valvules aortiques, il a pu parfois être trompé par les battements exagérés qu'on observe dans les cas de ce genre. Ce qu'il y a de certain, c'est que Laennec, qui cite plusieurs exemples de battements nerveux de l'aorte ventrale, n'en cite pas un seul de palpitations bornées à une autre partie du vaisseau. Ainsi, sans prétendre que les faits signalés par cet auteur sont absolument impossibles, nous dirons qu'on n'a aucune preuve bien positive de l'existence de battements purement nerveux ayant leur siége ailleurs que dans l'aorte ventrale ; ou du moins si, dans certains cas, on peut supposer que les pulsations du système artériel sont en général augmentées, on doit admettre que l'état de plénitude, les sensations désagréables, et tous les symptômes causés par les battements, sont bornés à la région abdominale, et plus particulièrement à la région épigastrique.

*Causes.* — Les *causes* de cette affection sont très peu connues. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les tempéraments nerveux, les femmes irritables, y sont particulièrement sujets. A l'égard des autres causes, on ne pourrait se livrer qu'à des conjectures qui ne sauraient trouver place ici.

*Symptômes.* — Tous les *symptômes* consistent dans l'*impulsion* plus ou moins violente de l'artère, et dans les incommodités locales qu'elle détermine. Si l'on place la main sur la région épigastrique, on sent très facilement les *pulsations* de l'aorte, qui s'étendent plus particulièrement depuis l'épigastre jusqu'à l'ombilic. En même temps on voit, à chaque dilatation de l'artère, la paroi abdominale soulevée, et si l'on applique l'oreille sur le point occupé par les *battements*, on les

trouve *forts et sonores*. Il est rare qu'on entende un bruit anormal, à complication. Si l'on cherche à circonscrire l'artère qui bat ainsi ave on lui trouve un *calibre égal* dans toute la partie occupée par les pulsati rées. On voit par là que, sauf la violence même des battements, il n'y signe physique important à noter dans cette affection.

Les *sensations incommodes* qu'éprouve le malade sont variables. Ce une véritable douleur, c'est un poids, un sentiment de plénitude dans épigastrique; en un mot, rien n'annonce que les organes soient profond rés. En général, les sujets ne peuvent point porter des vêtements serrés fois même le poids des couvertures est incommode.

Il est une particularité qui n'a point échappé à Laennec, c'est l'augm tous ces accidents lorsqu'il se développe au-devant de l'aorte, dans l' dans le gros intestin, des gaz qui distendent leur cavité; alors les paraissent plus violents, la paroi abdominale est plus fortement ébranlée, sations sont plus incommodes. Cette circonstance peut faire naître, en q ques difficultés de diagnostic dont il sera bientôt question.

*Marche*, *durée*, *terminaison*. — Comme toutes les affections de n veuse, celle-ci a une *marche* irrégulière et une *durée* indéterminée. C sujets qui, pendant de longues années, éprouvent ces battements à des très inégaux. On n'a pas cité un seul exemple de *terminaison* fâcheuse sivement à cette affection. Il est inutile d'ajouter que l'anatomie pathol rien fait découvrir qui rendît compte des symptômes observés pendant l

*Diagnostic*, *pronostic*. — Nous avons dit plus haut que le *diagnost* quelquefois présenter des difficultés; on en voit un exemple dans le f rapporté par Laennec.

« J'ai vu, dit-il, il y a environ dix-huit ans, en consultation avec jeune personne attaquée d'une fièvre pernicieuse tierce. En portant l le ventre pour m'assurer si l'épigastre n'était pas douloureux, je trouvai cette région, une tumeur du volume du poing, rénitente, donnant des fortes, isochrones à celles du pouls, et accompagnées d'un mouvement tion générale bien marqué. Bayle répéta l'observation, et nous ne do l'un ni l'autre, que la malade ne fût attaquée d'un anévrysme de l'ao hauteur de l'artère cœliaque. Nous donnâmes cependant le quinquina aux accidents les plus urgents de la fièvre, qui fut coupée très facilemen plus d'un mois la tumeur présenta les mêmes battements. La malade, qu fièvre, restait toujours très faible et éprouvait beaucoup d'agitation ne ne fut qu'environ six semaines après la cessation des accès qu'elle co reprendre des forces et à se sentir en pleine convalescence. Vers cett j'examinai de nouveau le ventre, et je fus surpris de ne plus trouver ni ni les battements qui existaient encore quelques jours auparavant. Je fi cette singulière observation à Bayle, qui ne trouva, non plus que moi, a tige de l'anévrysme que nous avions cru reconnaître. J'ai eu souvent oc revoir et d'examiner le sujet de cette observation, qui n'a plus pré d'analogue. »

On voit que, si l'on n'examine pas bien attentivement les sujets, il est de tomber dans des erreurs. Pour les éviter, Laennec conseille surtou

libre de l'artère. Si ce calibre est facile à sentir, et s'il paraît égal dans ints où l'aorte est accessible à l'exploration, on rejettera l'idée d'un Cet auteur rapporte deux autres observations parmi plusieurs qui fertes à lui, et dans lesquelles, par ce moyen, il est arrivé à un diacis.

ivera bien mieux encore si l'on pratique méthodiquement la *percussion*. s vu, en effet, que la cause de l'erreur se trouvait ordinairement dans ement de gaz occupant une cavité située au-devant de l'artère; en pareil ussion fait entendre une sonorité augmentée là où l'on trouverait de la s'agissait d'une tumeur solide : une poche anévrysmale pleine de sang r exemple. Par le même procédé, on reconnaîtrait toute autre tumeur le au-devant de l'artère non dilatée, et, de plus, la mobilité de cette possibilité de reconnaître le calibre de l'artère sous-jacente, viendraient es doutes. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'insister davantage sur ic, qui devient facile lorsque l'exploration est faite méthodiquement.

as cité, je le répète, un seul exemple qui prouve que cette maladie peut me avoir des résultats fâcheux. A moins de complication, elle doit être ni les simples incommodités.

*ent.* — On a très peu fait pour le *traitement* de cette affection, qui n'a ixé l'attention des médecins. Le traitement employé par Laennec, et arfaitement réussi, consiste uniquement en un petit nombre de *sai*-t ou trois applications de *sangsues* à l'anus, et l'usage d'un *régime* Il semble que, dans une maladie nerveuse, la saignée ne devrait pas lement indiquée; cependant les observations de Laennec sont positives; refuser à l'évidence que de ne pas reconnaître les bons effets de ce ennec paraît attribuer l'amélioration à la déplétion que produisent les anguines chez des sujets dont le système artériel contenait une trop ntité de sang; mais, quelle que soit l'explication, c'est le fait surtout rte de considérer. Toutefois il faudra bien prendre garde, dans l'applie traitement, de confondre les battements exagérés dont il est ici quesux que peuvent présenter les individus anémiques et les sujets affectés ce des valvules aortiques.

*spasmodiques* ont été naturellement prescrits dans des cas semblables; *asa fœtida*, le *camphre* et l'*éther* sont les moyens de ce genre le plus nt administrés. On peut prescrire dans ce but un des deux lavements

| | | |
|---|---|---|
| ................ | 0,50 gram. | Décocté de graine de lin..... 250 gram. |
| d'œuf........... | n° 1. | |

:

| | | |
|---|---|---|
| re................. | 4 gram. | Infusion de sureau.......... 250 gram. |
| d'œuf.............. | n° 1. | |

ieur, on peut employer les mêmes médicaments, mais l'*éther* est plus ninistré. Une potion éthérée, ou seulement quelques cuillerées de sirop isent quelquefois pour calmer des battements violents.

Laennec assure avoir prescrit avec avantage les *bains tièdes* fréquem nouvelés.

Nous n'en dirons pas davantage sur ce traitement, sur lequel nous ne p comme on le voit, rien de précis, et qu'en général il faut laisser à l'ap du médecin. Nous donnerons seulement deux ordonnances où entreront cipaux moyens.

### Ire Ordonnance.

CHEZ UN SUJET QUI PRÉSENTE UNE CERTAINE RÉPLÉTION DU SYSTÈME CIRCULAT

1° Pour boisson, légère infusion de tilleul édulcorée avec le sirop d'oranger.

2° Une ou deux saignées du bras; application de sangsues, répétées j que les symptômes aient disparu.

3° ℞ Eau distillée de tilleul. } āā 60 gram. | Sirop de gomme...............
— de fleur d'oranger. } | Éther sulfurique.......... de 2 à

A prendre par petites cuillerées, toutes les demi-heures.

Le soir, un des deux lavements indiqués plus haut, ou bien un lavem fœtida.

4° Un bain deux ou trois fois par semaine.

5° Régime doux et léger.

### IIe Ordonnance.

CHEZ UN SUJET TRÈS IRRITABLE, ET QUI NE PRÉSENTE POINT DE SIGNES DE RÉPLÉTION

1° Mêmes boissons que dans l'ordonnance précédente.

2° ℞ Musc................ 0,50 gram. | Gomme arabique...............
Oxyde de zinc........ 1,50 gram. |

Faites des pilules de 0,15 gram., dont on prendra trois ou quatre par jour.

3° ℞ Asa fœtida.................................. 8 gram.

Dissolvez dans :

Jaune d'œuf.................... n° 1. | Décoction de guimauve...... 2

Pour un lavement à prendre le soir.

4° Matin et soir, quelques cuillerées de sirop d'éther.

5° Bains et régime comme dans l'ordonnance précédente.

[On peut ajouter à ces moyens l'application d'un emplâtre de thériа d'extrait de ciguë, d'opium, de belladone, à la région épigastrique.]

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; émollients; antispasmodiques, bains; régime

# CHAPITRE II.

## MALADIES DES ARTÈRES SECONDAIRES.

Les artères internes, dont il nous reste à étudier maintenant les maladies, sont en si petit nombre, et les recherches faites sur ces maladies sont si incomplètes, que nous aurons très peu de renseignements précis à consulter. L'étude des maladies de l'aorte a presque entièrement absorbé l'attention des médecins; ce qui se conçoit du reste très bien, ces affections étant de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes.

Dans une partie de leur étendue, les artères qui prennent naissance à la crosse de l'aorte pour se distribuer aux parties supérieures, et celles qui sont formées par sa bifurcation, doivent être rangées parmi les artères internes; toutefois les anévrysmes dont elles peuvent être le siége n'étant pas inaccessibles aux moyens chirurgicaux, ces affections sont tombées dans le domaine de la chirurgie. Nous nous bornerons donc, au sujet de ces artères, à dire quelques mots de leur inflammation et de leur oblitération. Il en est d'autres, telles que le tronc cœliaque et la mésentérique supérieure, qui sont entièrement du domaine de la pathologie interne; et comme nous possédons quelques exemples de tumeurs anévrysmales développées dans ces canaux artériels, nous présenterons quelques considérations sur elles. Quant aux artères externes, et principalement aux artères des membres, il me suffira de parler de leur inflammation et des altérations chroniques dont elles sont le siége : car, sous tous les autres rapports, leurs maladies appartiennent exclusivement à la pathologie externe.

## ARTICLE I^er^.

### ARTÉRITE AIGUE.

Dans tous les traités, on a étudié l'artérite aiguë presque exclusivement dans l'aorte. Il est certain que, si l'on n'a égard qu'aux lésions anatomiques, à la marche de la maladie, aux effets qu'elle produit sur la circulation, il n'y a point de différence notable entre l'inflammation de l'aorte et celle des autres artères; mais, envisagée sous un autre point de vue, l'inflammation des petites artères présente des particularités importantes. Par cela même que ces vaisseaux ont un calibre très inférieur à celui de l'aorte, l'inflammation dont elles sont le siége détermine avec beaucoup plus de facilité leur obstruction, leur oblitération et leur réduction en cordons fibreux, d'où certains symptômes qu'il importe de connaître. Malheureusement, il suit de la négligence qu'on a apportée dans les recherches sur l'inflammation des petites artères, que nous n'avons pas sur ce point les renseignements désirables. Nous allons exposer en peu de mots ce que nous savons de plus positif dans l'état actuel de la science.

*Fréquence.* — L'inflammation des artères, et surtout leur inflammation développée spontanément, n'est point une maladie très fréquente. Dans ces dernières années, l'anatomie pathologique en a fait connaître un certain nombre de cas,

mais qui se trouvent isolés dans les divers recueils et qui n'ont point été

*Causes.* — Parmi les *causes* qui peuvent produire l'inflammation d'un celles qui sont les plus connues sont les *lésions mécaniques* et le dévelo d'une *inflammation dans les tissus voisins.* Quelques expériences inté ont été faites à ce sujet, et principalement par Sasse (1) et par M. Gen Le premier de ces observateurs, en appliquant sur les vaisseaux artériels la de cantharides et d'euphorbe, produisit une inflammation intense avec de la membrane interne, coagulation du sang, oblitération des vaisseaux, second a répété ces expériences avec les mêmes résultats.

On a cité de nombreux exemples d'oblitération des artères *au-dessus* *où siége un anévrysme*, mais on se demande si, en pareil cas, il a existé ment une inflammation, ou si l'oblitération n'a point été un résultat pur de l'arrêt du sang, de sa coagulation et de son organisation consécutive.

Enfin, quelquefois on voit, sans qu'on puisse en découvrir la cause, u s'enflammer et présenter tous les symptômes qui vont être décrits.

*Symptômes.* — Les *symptômes* de cette maladie, lorsqu'elle n'occupe artère de petite dimension [car il faut faire ici abstraction de ces cas où tout le système artériel est malade, comme ceux qui ont été rapportés par chet (3)], sont presque tous locaux, et si l'artère est profonde et hors de l de l'exploration directe, il est souvent assez difficile de les reconnaître.

La *douleur* a été signalée par tous les pathologistes, mais elle a été fo sement appréciée. Ainsi, tandis que les uns ont signalé simplement un en sement, de la gêne, des fourmillements dans le point occupé par l'infla d'autres, tels que Broussais (4), assignent à l'inflammation des artères d leurs très violentes, qui souvent se propagent dans les muscles et détermi élancements, des crampes, des mouvements convulsifs. Il est, comme on très difficile de se prononcer sur des opinions si diverses, surtout qu observations bien exactes et bien précises nous manquent entièrement. observations d'artérite simple que nous avons consultées, la douleur est lo telle qu'elle a été décrite par Broussais. Elle était simplement gravative, et porté à croire que cet auteur a été trompé par des complications, telles q flammation du tissu cellulaire circonvoisin. Lorsque l'on peut presser sur malade, on détermine une douleur plus ou moins vive, bornée au point l'inflammation, et cette pression fait reconnaître en outre les modificatio sont produites dans la circulation.

S'il faut en croire quelques auteurs, et en particulier Broussais et M. Ro début de l'artérite il se manifeste des *pulsations violentes* dans l'artère enfl Nous devons dire que les observations sont loin d'être concluantes à cet ég effet, dans presque toutes celles qui sont citées, il est question de fièvres i à la suite desquelles on n'a presque jamais trouvé qu'une rougeur plus ou étendue du système artériel. Les cas rapportés par P. et J. Frank nous en

(1) *De vas. sanguif. inflammat.* Halle, 1797.

(2) *Hist. anatom. des inflammations.* Paris, 1826, 2 vol. in-8.

(3) *Histoire des phlegmasies des vaisseaux, ou de l'angiite* (*Journ. des progrès*, t 1826.

(4) *Cours de pathologie.*

principalement des exemples. Or, sur ce point s'élèvent plusieurs difficultés. D'abord y avait-il artérite ? C'est ce qui paraîtra douteux à ceux qui connaissent le peu de valeur d'une simple rougeur développée dans le système artériel. En second lieu, après avoir admis l'existence de l'artérite, on se demande si l'augmentation des battements n'est pas simplement un phénomène fébrile. Il faudrait, pour que l'existence de ce symptôme fût démontrée, qu'on eût trouvé l'exagération des battements bornée à l'artère enflammée, et c'est ce qu'on n'a pas établi d'une manière positive.

La palpation fait reconnaître d'autres phénomènes qui, d'après les observations, méritent bien plus d'être notés : c'est la *dureté* de l'artère, son *augmentation de volume* apparente ou réelle, et enfin l'*anéantissement des pulsations artérielles*. Ces symptômes annoncent qu'il s'est formé un caillot dans l'intérieur du vaisseau, d'où résulte la suspension de la circulation, que l'on peut encore reconnaître à l'absence des battements dans tous les points de l'artère situés au delà de la partie malade. Ce symptôme doit être considéré comme un des principaux ; car s'il est bien démontré que les phénomènes se passent dans l'intérieur de l'artère, on ne peut pas douter de l'existence de l'inflammation. Le gonflement que l'on peut observer lorsque l'artère est superficielle est ordinairement plus considérable et ne présente d'ailleurs rien de particulier à noter.

A la douleur précédemment indiquée, et qui est le résultat pur et simple de la lésion locale, il s'en joint d'autres qui sont dues à l'arrêt de la circulation : ainsi les *élancements*, l'*engourdissement*, les *tiraillements* dans les diverses parties où l'artère malade va se diviser. C'est à la même cause qu'il faut rapporter la *sensation de froid* éprouvée par les malades dans les mêmes parties, et la difficulté des mouvements dans le membre affecté. Mais il est un résultat beaucoup plus grave encore de cette oblitération artérielle : c'est la *gangrène* du membre, qui a été désignée par les professeurs Delpech et Dubrueil (1) sous le nom de *gangrène momifique*, parce que les tissus se dessèchent et deviennent noirs comme ceux des momies égyptiennes. Un assez grand nombre de faits ont, en effet, démontré que les artères qui doivent apporter le sang aux parties affectées par cette gangrène se trouvent complétement oblitérées. On a, il est vrai, fait quelques objections à cette manière de voir, et, en particulier, on a dit que l'oblitération des artères est non pas la cause, mais la conséquence de la gangrène. A ce sujet, les observations rapportées par M. François ont une grande valeur, puisque plusieurs d'entre elles prouvent que l'oblitération des artères a réellement précédé la mortification des parties.

Tels sont les symptômes qu'on peut appeler locaux ; mais, en outre, un certain nombre de *symptômes généraux* ont été assignés à cette affection. Ce sont : un mouvement fébrile plus ou moins intense, des frissons avec des alternatives de chaleur, un état d'excitation plus ou moins marqué. Mais ici s'élèvent encore de nouvelles difficultés ; car on n'a point distingué suffisamment les cas, et dans un grand nombre d'observations on trouve dans des complications plus ou moins graves la cause du mouvement fébrile. Il résulte de quelques faits où l'inflammation artérielle

(1) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, 1829.—Dubrueil, *Des anomalies artérielles considérées dans leurs rapports avec la pathologie et les opérations chirurgicales*. Paris, 1847.

s'est montrée à l'état de simplicité, qu'elle ne détermine pas de symptô raux bien intenses. C'est, du reste, ce que l'on peut observer très bien d de gangrène rapportés par François, Delpech et Dubrueil, puisque souve mier symptôme qui ait annoncé l'affection a été l'apparition d'un point g dans une extrémité. On voit, au reste, combien l'observation a encore à éclairer tous les points obscurs que présente l'histoire de l'artérite.

*Marche, durée, terminaison.* — On ne peut donner qu'une idée gén *marche* de la maladie. Dans les observations les plus précises, on voit qu aiguë a marché toujours très rapidement, du moins à son début, c'est-à- peu de temps les battements de l'artère sont complétement suspendus, seau est dur et résistant, ce qui annonce que le caillot s'est formé dans rieur. Plus tard les accidents qui se produisent suivent une marche qui été déterminée. Il en résulte que la *durée* de cette affection ne saurait êtr Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que quand l'artérite reste à l'ét plicité, la perméabilité du vaisseau ne tarde pas très longtemps à se rét terminaison, qui n'est pas la plus fréquente, s'annonce par le retour de dans les lieux où va se distribuer l'artère, par des battements d'abord faib centrés, qui deviennent de jour en jour plus forts et plus larges, et enfin p rition de tout engorgement sur le trajet du vaisseau.

Nous avons dit plus haut que l'artérite pouvait se terminer par la gang cet accident n'est pas la conséquence nécessaire de l'oblitération complè seau. On a vu, en effet, des artères être réduites dans toute leur étendue cordons fibreux, et cependant le cours du sang se rétablir dans les partie Dans ce cas, la circulation collatérale est venue suppléer au défaut de la normale. Les rameaux artériels qui prennent naissance au-dessus du p se développent graduellement, prennent un calibre plus considérabl ainsi verser une quantité de sang suffisante dans les parties situées au lésion.

*Lésions anatomiques.* — Les *lésions anatomiques* sont au fond les celles que nous avons trouvées dans l'aorte : ainsi, rougeur des membra sissement, friabilité des tissus, sécrétion d'une quantité plus ou moins c de lymphe plastique, coagulation du sang, quelquefois suppuration dans toutes ces lésions se retrouvent dans les artères secondaires. Les rec Delpech portent sur les divers tissus qui entrent dans la composition d cet auteur a vu d'abord les vaisseaux superficiels et interstitiels offrir un qui annonçait le commencement de l'inflammation. Cette observation également par d'autres expérimentateurs. On a pu suivre, en outre, la des caillots, leur condensation, etc., mais ces détails n'ont point pour n térêt majeur.

On a remarqué qu'en général l'inflammation des artères se propageai le plus voisin du cœur aux points les plus excentriques : c'est ce qui non-seulement de l'étude des symptômes, mais encore de l'examen nécr Dans un petit nombre de cas, au contraire, on a vu l'affection suivre un sion inverse.

Enfin, lorsque l'artérite a une date déjà ancienne, on trouve quelque que nous l'avons déjà dit, le vaisseau réduit à l'état de cordon fibreux.

On a pu voir par l'examen des cadavres, et mieux encore dans les expériences sur les animaux, comment se rétablit la circulation. Les caillots, d'abord formés dans toute la cavité artérielle, se réduisent à l'état de fibrine, et laissent dans un point de leur circonférence, quelquefois même dans leur centre, un canal qui permet au sang de circuler ; puis l'absorption continuant, ce canal augmente, jusqu'à ce qu'enfin il ne reste sur le pourtour de l'artère qu'une fausse membrane mince, qui persiste ordinairement très longtemps.

*Diagnostic, pronostic.* — Le *diagnostic* de cette affection est très obscur, lorsque le point où elle siége n'est pas accessible à l'exploration directe. Alors, en effet, on n'a pour se guider que la cessation des battements dans les extrémités artérielles ; car plusieurs autres causes que l'inflammation de l'artère peuvent produire cet effet. Une tumeur profonde, une compression quelconque, suspendent nécessairement les pulsations. Toutefois, si avec quelques-uns des symptômes précédemment décrits, on voyait, dans un membre, les battements de l'artère anéantis, sans trouver dans la cavité d'où sort le vaisseau aucune cause matérielle qui pût donner la raison du phénomène, on serait porté à l'attribuer à l'artérite.

Lorsque le point malade est accessible à l'exploration, le diagnostic ne présente pas de grandes difficultés : la douleur locale, le gonflement ambiant, la durée de l'artère, l'anéantissement des pulsations, sont des signes qui ne laissent pas de doutes sérieux. Néanmoins l'artère étant toujours accompagnée de veines qui le plus souvent sont placées au-devant d'elle, une *phlébite* pourrait causer quelque incertitude. Pour éclairer le diagnostic, il faut surtout avoir présente à l'esprit l'opposition du cours du sang dans les deux ordres de vaisseaux. Dans la phlébite, surtout lorsqu'elle n'occupe qu'une petite étendue, on observe la réplétion des veines au-dessous du point enflammé ; souvent, il est vrai, il se forme alors un œdème qui empêche de constater l'état des vaisseaux veineux dans les parties périphériques ; mais alors cet œdème lui-même est un très bon signe pour le diagnostic. Si l'on joint, en outre, à ces différences, l'état du vaisseau, qui est ordinairement noueux et forme des cordons noueux lorsqu'il existe une inflammation des veines, on pourra porter avec assurance le diagnostic, qu'il ne faudrait pas établir sur l'absence des battements artériels, car lorsque la phlébite existe dans une veine située au-devant d'une artère, le gonflement des parties empêche souvent de sentir ces battements.

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, le *pronostic* de cette affection n'est pas toujours fâcheux. Il est inutile de dire que plus l'artère est volumineuse et apporte le sang à un plus grand nombre de parties, plus l'affection est grave. Elle le devient beaucoup lorsque la suspension de la circulation a donné lieu à une de ces gangrènes, quelquefois très étendues, que M. Delpech a nommées momifiques.

*Traitement.* — Le *traitement* de l'artérite aurait besoin d'être étudié avec plus de soin qu'il ne l'a été jusqu'à présent. Pour en connaître toute la valeur, il faudrait établir une distinction très précise entre les divers cas qui peuvent se présenter à l'observateur. Il est, en effet, évident que l'artérite simple, celle qui, après avoir déterminé la formation de quelques caillots dans un point limité, tend naturellement à la guérison, pourrait exiger un traitement différent, et surtout moins actif que celui des artérites compliquées d'autres affections fébriles ou non, qui tendent à occuper une assez grande étendue, et qui produisent la gangrène dont il a été ques-

tion. Ce travail n'a pas encore été fait, et l'on s'est contenté d'exposer le t
d'une manière générale.

Comme dans le traitement de l'aortite, on a insisté beaucoup sur l'e
*émissions sanguines :* des saignées abondantes plusieurs fois répétées, de
tions fréquentes de sangsues, surtout lorsque l'artère affectée est superfic
été mises en usage par tous les médecins. On a recommandé, en outre, de
avec soin la marche progressive de la maladie, afin de la combattre par les
sanguines locales, à mesure qu'on voit un point nouveau de l'artère envahi
flammation. Les émollients, des cataplasmes, des fomentations, etc., et
bains complètent ce traitement antiphlogistique.

Pour calmer la douleur locale, on fait sur le point occupé par l'inflamm
fomentations fortement *narcotiques;* on applique des cataplasmes arro
quantité considérable de *laudanum;* mais on n'a pas employé ces mo
forme de frictions ou de liniments, parce que l'on a craint d'augmenter ai
leur qu'on veut combattre.

Tels sont les seuls moyens qui aient été recommandés dans le trait
cette maladie. On voit combien ils sont peu nombreux, et combien sont
notions que nous avons sur leur efficacité. C'est par conséquent un suj
tout neuf, que l'observation pourra seule éclairer. Nous ne parlerons po
traitement des accidents consécutifs, et en particulier de la gangrène, parc
entièrement du domaine de la chirurgie.

## ARTICLE II.

### ARTÉRITE CHRONIQUE ET LÉSIONS A MARCHE CHRONIQUE DES AR SECONDAIRES.

#### § I. — Artérite chronique.

Il est tout aussi difficile d'indiquer les symptômes de l'inflammation
des artères secondaires que ceux de l'aortite chronique. Cela n'a pas em
auteurs de décrire cette forme de l'inflammation des vaisseaux artériels;
voit bientôt qu'il ne s'agit dans leurs descriptions que des lésions chron
tuniques artérielles, qui sont très souvent le résultat des progrès de l'âge
quelles, par conséquent, s'appliquent toutes les réflexions faites à l'oc
l'aortite chronique. On est convaincu, après la lecture des articles publi
sujet, que s'il existe en effet une inflammation des artères à marche lent
donne aucune signe particulier qui puisse la faire distinguer; il serait do
d'entrer sur ce point dans de plus grands détails; mais il importe de dir
des lésions à marche chronique, quelle que soit la cause à laquelle il
attribuer.

#### § II. — Lésions chroniques des artères.

M. Bizot s'est livré sur ce point à des recherches très intéressantes,
nous suffira de donner un résumé rapide, ces détails n'ayant qu'une im
secondaire pour la pratique. On a trouvé dans les petites artères les mêm
que dans l'aorte, c'est-à-dire des inscrustations cartilagineuses, osseuses, d

en un mot ces productions particulières dont nous avons donné plus haut ption.

iverses lésions n'appartiennent pas toutes au même *âge;* les ossifications se t beaucoup plus tard que les taches simples. La raison en est facile à com- puisque, dans les petites artères comme dans l'aorte, c'est par les taches mes que commence l'ossification. Les taches primitives ou rudimentaires rent de bonne heure dans certaines artères, et beaucoup plus tard dans . D'après les recherches de M. Bizot, les iliaques primitives et le tronc inno- nt envahis les premiers. Il résulte, en outre, du tableau qu'il a dressé à cet 1), que ces taches apparaissent d'autant plus tôt, que l'artère est plus voisine te, et que plus on avance en âge, plus on présente de ces taches rudimen- qui se développent dans un ordre déterminé, comme dans l'aorte. Le déve- ment de ces productions normales est aussi fréquent chez la femme que chez e.

principalement à l'origine des artères que se montrent les lésions dont il t, chose remarquable, il est parfaitement démontré par les recherches de ot qu'elles se développent d'une manière symétrique, c'est-à-dire que l'on en trouve dans une artère d'un des côtés du corps, on doit s'attendre ncontrer de semblables aux mêmes points de l'artère correspondante : nou- euve que dans l'immense majorité des cas l'altération est due aux progrès .

ntenant quelles sont les conséquences de ces lésions? Nous trouvons d'abord peuvent diminuer le calibre des vaisseaux, former des aspérités dans leur r, arrêter le cours du sang, favoriser la formation des caillots, et par là que la plus grande fréquence de la gangrène chez les veillards, d'où le nom grène sénile. D'un autre côté, la perte d'élasticité, produisant le même effet us avons signalé dans l'aorte, peut déterminer la dilatation des artères, et de pleur et la force du pouls chez les vieillards. Enfin le pourtour du vaisseau ncrusté de productions ossiformes, il en résulte que, dans un âge avancé, les sont dures au toucher et se laissent difficilement déprimer. Le médecin doit résentes à l'esprit ces modifications de la structure des artères, pour ne pas ser imposer, dans l'examen des malades, par un état que l'on peut, jusqu'à tain point, regarder comme physiologique. Mais c'en est assez sur des lé- que nous ne pouvons ni prévenir ni modifier.

## ARTICLE III.

### ANÉVRYSMES DES ARTÈRES SECONDAIRES.

us n'étudierons dans cet article que les anévrysmes occupant une artère ren- e dans une des grandes cavités. Nous ferons même abstraction des ané- es des artères encéphaliques, parce que, inaccessibles à une exploration e, c'est plutôt par l'affection cérébrale à laquelle ils donnent lieu, que par propres symptômes, qu'ils méritent l'attention du médecin. Nous n'aurons à parler que des anévrysmes du tronc cœliaque et de ses divisions, et de

*Loc. cit.*

ceux de l'artère mésentérique supérieure, qui rentrent entièrement dans la logie interne.

### § I. — Anévrysmes du tronc cœliaque.

Longtemps on a pensé que ces anévrysmes étaient très fréquents; mais il des recherches auxquelles s'est livré Ph. Bérard (1) que les observations d affection sont extrêmement rares. Les cas qu'il cite sont les plus remarqu voici les symptômes qu'ils ont présentés :

Chez une femme de trente ans, traitée par Larcher, et dont Lieutaud (2) porté l'histoire, on nota ce qui suit. Cette femme, d'une grande voracité et a au vin, se présenta avec la fièvre, une grande soif, perte de l'appétit, in orthopnée, grande agitation. On observait en outre, à l'épigastre, des pu violentes qui augmentèrent jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouva l'artère co dilatée, pouvant admettre le poing, et contenant dans son intérieur une quantité de sang noir et grumeleux.

Chez un autre sujet, dont M. Bergeron a recueilli l'observation, il exist douleur épigastrique, avec sensation d'une boule qui se portait d'un côté à lorsque le sujet changeait de position, et, de plus, des palpitations, l'essouf la toux. A l'autopsie, on trouva, outre un anévrysme du cœur, une tumeur s à la partie antérieure de l'aorte, d'où l'artère cœliaque prenait naissance. I dernier cas, on voit qu'un bon nombre de symptômes, tels que les palpitat suffocation, la toux, peuvent être attribués à l'hypertrophie du cœur, et, d qu'il n'est pas démontré que l'anévrysme siégeât dans le tronc cœliaque lui- car on peut admettre, avec Bérard, qu'il avait pris naissance dans l'aorte, a d'où se détache le tronc cœliaque.

On voit combien sont peu nombreux et peu précis les renseignements qu avons sur cet anévrysme; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, d observations citées, il n'est point question de tumeur reconnue pendant l signe dont il était cependant bien nécessaire de constater l'existence.

L'anévrysme du tronc cœliaque se rompt quelquefois dans la cavité périt On observe alors des symptômes très violents qui peuvent simuler la rupt l'intestin. M. Louis (3) en a cité un exemple trop remarquable pour que nou sions nous dispenser de le rapporter ici.

« Il s'agit, dit M. Louis, d'un homme de trente ans que nous observâm 1823, à l'hôpital de la Charité, où il était venu se faire traiter d'une mala l'estomac. Il offrait effectivement tous les symptômes d'une gastrite chron mais, après quelques jours de repos, il fut pris tout à coup d'une violente do à l'épigastre, bientôt accompagnée de nausées, de vomissements et d'altératio traits. Cette douleur, qui était exaspérée par la pression, occupait un espac considérable, et fut toujours bornée à la région où elle s'était déclarée. Com autres symptômes, elle persista avec plus ou moins de violence pendant q jours, après lesquels le malade mourut. A l'ouverture du cadavre, on trouva, l

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. CŒLIAQUE.
(2) *Historia anatomico-medica*, sect. XV, lib. I, obs. 1626. Paris, 1767, in-4
(3) *Recherches anatomo-pathologiques*. Paris, 1826, p. 168.

principale lésion, un épanchement considérable de sang dans le péritoine, par suite de la rupture d'un anévrysme de l'artère cœliaque. Pendant sa vie le sujet n'avait point éprouvé de battements, et nous n'en avions pas non plus senti à la région de l'épigastre. »

Outre les enseignements que ce fait nous fournit relativement à la rupture de l'anévrysme du tronc cœliaque, il nous montre combien peut être difficile le diagnostic de cette maladie, et quels progrès elle peut faire sans donner de signes sensibles.

### § II. — Anévrysmes des divisions du tronc cœliaque.

Bérard a réuni quelques faits qui se rapportent à ces anévrysmes, mais ils ne sont qu'indiqués, et n'ont guère été étudiés que sous le rapport anatomique. MM. Wilson et Sestier ont rencontré chacun un anévrysme de l'artère hépatique. Sauville, cité également par Bérard, a rapporté une observation d'anévrysme vrai de l'artère stomachique, mais sans entrer dans des détails suffisants ; en un mot, tout reste encore à faire sur ces maladies, qui sont, nous le répétons, beaucoup plus rares qu'on ne l'avait pensé.

Il serait facile, d'après les connaissances anatomiques, d'indiquer les accidents probables qui seraient produits par une tumeur développée dans le tronc cœliaque ou dans ses divisions ; mais il est plus sage de s'en tenir à l'observation, et d'attendre, avant de se prononcer, de nouvelles lumières. Toutefois il faut signaler quelques accidents particuliers dus à la position même de l'anévrysme. MM. Bergeron et Bérard ayant remarqué que la tumeur ne saurait se développer sans repousser ou comprimer les ramifications du grand sympathique et de la huitième paire qui forment le plexus solaire, ont attribué au tiraillement de ces nerfs les troubles variés dans les fonctions digestives, éprouvés par un malade qui portait un anévrysme de l'aorte au point même où naît l'artère cœliaque.

### § III. — Anévrysme de l'artère mésentérique supérieure.

Les cas les plus remarquables de cette affection sont ceux qui ont été récemment publiés par le docteur Wilson (1). Il en est un surtout qui nous offre le plus grand intérêt sous le rapport des symptômes ; aussi nous paraît-il nécessaire d'en donner l'extrait (2) :

« Un cocher, âgé de quarante-deux ans et de constitution robuste, entra à l'hôpital Saint-George pour une tumeur avec pulsations à la région épigastrique. Cette tumeur avait le volume d'une petite orange, et dans le décubitus dorsal elle faisait un peu plus de saillie à gauche de la pointe du cœur ; elle était douloureuse à la pression et mobile dans toutes les directions, mais surtout à gauche. Quand le malade se couchait sur le côté, la tumeur retombait sous les côtes et ne pouvait être sentie. Dans la station, elle se portait dans la même direction, et était en outre sensible au côté droit de la région épigastrique. Deux ou trois mois avant son entrée à l'hôpital, le malade avait été tourmenté par une violente dyspnée, avec

(1) *London medico-chirurgicale. Transactions*, 1841, t. VI.
(2) *Archives générales de médecine*, 3e série, 1842, t. XIV, p. 342.

douleur dans les lombes et entre les deux épaules, le long des vertèbres dorsales inférieures. Quinze jours après il éprouva une constipation opiniâtre; plus tard il fut pris de toux, et eut pour la première fois une hémoptysie abondante. Depuis cette époque jusqu'à sa mort, qui eut lieu cinq mois après son entrée à l'hôpital, et par conséquent huit mois après l'apparition des accidents graves, il y eut des hémorrhagies considérables pendant les efforts de toux et de vomissement. Le sang tiré du bras, dans le but de calmer les accidents, fut toujours plus ou moins couenneux. Le pouls, d'une fréquence ordinairement médiocre, ne fut jamais irrégulier. A mesure que l'affection fit des progrès, la constipation devint plus opiniâtre, l'appétit se perdit, la douleur entre les deux épaules augmenta, et de temps en temps il y avait des crampes dans les jambes, dans les bras et dans les mains, avec engourdissement et fourmillement. La tumeur devint de plus en plus sensible au toucher, et, quelques semaines avant la mort, elle s'était étendue du côté gauche au côté droit de l'épigastre. A la fin, des phénomènes de phthisie se manifestèrent et le malade s'affaissa graduellement.

» A l'autopsie, on trouva le tronc de l'artère mésentérique supérieure dilaté d'un volume très considérable, ayant la forme d'un rein, s'étendant en haut, en avant et en dehors, vers le côté droit, et soulevant le pancréas, qui formait la limite supérieure de la tumeur. Les parois du sac, surtout en avant, étaient solides, épaisses et enveloppées par une couche transparente du péritoine. Le sac communiquait directement avec l'aorte par une ouverture longue et large, à bords arrondis. Il contenait beaucoup de caillots : ceux qui étaient près de l'aorte étaient noirâtres; ils étaient denses, lamelleux, d'une couleur grise. Les plus grosses branches de l'artère mésentérique étaient faciles à reconnaître; à l'extrémité saillante du sac, elles étaient béantes et perméables à une sonde qui, de ce point, pénétrait dans l'aorte à travers les caillots peu consistants. Les poumons étaient remplis de tubercules et de cavernes. »

Dans l'autre observation de M. Wilson, et dans un fait signalé par M. Lenoir, il n'est guère question que des lésions anatomiques, l'affection n'ayant point, pendant la vie, pu être reconnue par le médecin. Dans le cas de M. Wilson, il y eut un *ictère très intense*, à la production duquel l'anévrysme de l'aorte mésentérique n'était peut-être pas étranger. Cependant on ne constata point la compression des conduits biliaires, auxquels la tumeur était simplement accolée.

*Traitement.* — Dans l'état actuel de la science, il est impossible d'indiquer rien de particulier pour le traitement des anévrysmes dont il vient d'être question. En attendant que l'observation vienne nous éclairer à cet égard, disons que le traitement exposé à l'occasion des anévrysmes de l'aorte s'applique à ceux dont nous parlons, et qu'il faut d'autant plus insister sur les moyens actifs, que la dilatation de ces artères secondaires ne présentant pas d'abord la même gravité que celle de l'aorte, on aura plus de motifs d'espérer une guérison radicale. Ainsi les *saignées locales* et *générales*, l'*acétate de plomb*, la *digitale*, les *applications froides*; en un mot, tous les moyens indiqués à l'article *Anévrysme de l'aorte*, doivent être mis en usage avec persévérance.

## ARTICLE IV.

### OBLITÉRATION, ULCÉRATION, RUPTURE DES ARTÈRES SECONDAIRES.

Les lésions dont il va être question sont moins importantes encore que celles du même genre qui ont été décrites dans l'histoire des maladies de l'aorte ; aussi nous suffira-t-il de les indiquer rapidement.

Nous avons déjà, à l'article *Artérite*, parlé des *oblitérations* que l'inflammation détermine dans les artères. Le même effet peut résulter de la présence d'un anévrysme voisin d'une tumeur quelconque, et dont l'action se fait sentir sur le tronc artériel : c'est ainsi qu'on a vu le tronc cœliaque, l'artère mésentérique supérieure, etc., oblitérés dans une assez grande étendue aux environs d'un anévrysme de l'aorte. Mais il est inutile d'insister plus longuement sur cette lésion, qui, dans les cas dont il s'agit, est évidemment secondaire.

L'*ulcération* des artères d'un petit calibre peut-elle, comme celle de l'aorte, se produire dans l'intérieur du vaisseau, ou bien n'est-elle jamais que la conséquence des lésions du tissu des organes voisins ? Tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est que les exemples cités par les auteurs sont relatifs à cette dernière forme de l'ulcération, et que l'on n'a pas rapporté un seul cas d'érosion d'une petite artère qui soit évidemment idiopathique, s'il est permis de s'exprimer ainsi. On a vu des ulcérations de l'estomac, des cancers du foie, de l'intestin, donner lieu, par leur extension, à l'ulcération des vaisseaux, de manière à produire des hémorrhagies foudroyantes ; mais ce n'est là évidemment qu'un accident de la maladie organique, et par conséquent c'est dans la description de cette maladie elle-même qu'il faudra en parler.

## ARTICLE V.

### EMBOLIES.

[Depuis quelques années l'attention des médecins s'est portée sur les accidents qui résultent du déplacement des caillots ou des corps étrangers formés dans le cœur ou dans les artères. Ces caillots, ou corps étrangers devenus mobiles, ont reçu le nom d'*embolies*. R. Virchow, de Berlin, est le premier qui les ait étudiés complétement, et c'est par lui que le nom d'*embolie* a été créé. Il est possible que l'on ait un peu exagéré l'importance de cet accident, et qu'on lui ait accordé une trop grande valeur étiologique ; cependant il ne faut pas méconnaître l'exactitude d'un grand nombre de faits et d'expériences, et nier la réalité de l'action des caillots erratiques dans la production de certaines maladies. Aussi croyons-nous devoir donner ici une analyse des principaux travaux publiés sur ce sujet.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On désigne sous le nom d'*embolies*, les caillots sanguins, les dépôts plastiques, les produits crétacés, ou de toute autre nature, qui, formés dans le cœur ou les grosses artères, viennent à se détacher, et, en suivant le cours du sang, à oblitérer les artères de moindre calibre. On comprend que la suspension de la circulation est le

résultat de ce déplacement, et que des accidents graves peuvent en être l quence. Tant que les caillots restent dans le lieu où ils se sont formés, ils co le nom de *thrombose*, ou de *caillots autochthones;* et, par opposition, ( se détachent prennent les noms d'*embolies*, de *caillots migrateurs*, ou *bla tiques;* ce sont, à notre avis, de véritables *projectiles sanguins.*

Les embolies sont aussi nommées *emboles*, *embolus*, *embolos;* ce nom v grec ἐμβάλλειν (pousser dans).

## § II. — Historique.

Virchow est le premier qui, par une dénomination heureuse et études expérimentales, ait fixé l'attention sur les caillots migrateurs; ma lui, des faits de la même nature avaient été observés.

M. Legroux (1), en 1827, avait étudié les oblitérations artérielles par de déplacés, et indiqué qu'une des premières observations de cette nature ap à Van Swieten. M. François (2), en 1832, posait la question suivante, des *gangrènes spontanées :* « Des caillots formés dans le cœur, ou dans l nuité des conduits vasculaires artériels, ne peuvent-ils pas s'en séparer, qu'ils sont par la colonne de sang, et ne s'arrêter que là où leur calibre rétréci pour leur donner passage? » En 1833, P. Bérard (3) attribuait u grène de la moitié de l'encéphale à une oblitération des vaisseaux corres par des masses fibrineuses; il est vrai qu'il ne parle pas du transport de ce solides.

Néanmoins c'est bien à Virchow que revient l'honneur d'avoir comp étudié ce sujet. Les travaux de cet auteur sont de diverses époques. Les p datent de 1846 (4), et portent sur les oblitérations de l'artère pulmona expériences entreprises sur les animaux tendent à confirmer les vues de l Dans les travaux postérieurs, qui datent de 1847, Virchow étudie les ca système artériel, et insiste sur l'infection du sang, qui serait la conséquenc décomposition.

En 1849, à l'époque où quelques savants connaissaient seuls les travaux chow, un cas d'embolie fut présenté à la Société anatomique de Paris (5), prété comme aurait pu le faire Virchow lui-même. Le fait est trop int pour que nous n'en donnions pas l'analyse : « M. Pierre, interne des h raconte l'histoire d'un homme, âgé de cinquante-trois ans, qui a succom suite d'une gangrène spontanée du membre inférieur droit. Ce malade éta dans le service de M. Laugier, le 29 septembre. Il n'avait jamais été tou que par des douleurs qu'il appelait rhumatismales. Le 27 septembre, il d'une vive douleur dans le membre inférieur droit, douleur excessive, s surtout au niveau des articulations du tarse. On crut à une inflammation articulations, et l'on pratiqua sans succès trois saignées, qui furent couen

(1) *Thèse*. Paris, 1827.
(2) *Essai sur les gangrènes spontanées*. Paris, 1832.
(3) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. IV, p. 119.
(4) *Ueber die Verstopfung der Lungenarterie*, in *Froriep's neue Notizen*, 1846.— *Beiträge zur exper. Pathol.* Berlin, 1846.
(5) *Bulletins de la Société anatomique*, 1849, p. 334.

On fit une application de quatre-vingts sangsues sur la jambe et le pied. Le malade souffrait toujours, et la douleur s'étendait vers le haut. Une semaine plus tard, il présentait au gros orteil une tache gangréneuse; progressivement la gangrène s'éleva jusqu'à la rotule. On entendait un bruit de souffle couvrant le premier bruit du cœur; les battements de cet organe étaient normaux. Le malade mourut après avoir présenté pendant quelques heures les signes d'un ramollissement cérébral du côté droit. A l'autopsie, on trouva dans l'aorte, deux pouces au-dessus de sa bifurcation, dans l'artère iliaque primitive droite, l'artère hypogastrique, l'artère fémorale, la poplitée et toutes ses branches, un caillot dense, très solide, adhérent aux parois des vaisseaux, coloré en haut, décoloré dans la partie inférieure du membre pelvien. Les veines étaient remplies d'un sang à demi fluide. Le caillot s'étendait encore dans l'artère iliaque primitive, dans l'artère hypogastrique et l'iliaque externe du côté gauche. Un peu au-dessus de l'arcade fémorale, l'artère iliaque externe était libre, et, au-dessous, parfaitement saine; les veines étaient saines également. On trouva aussi dans le ventricule gauche du cœur une aiguille, longue de 5 centimètres environ. La tête de cette aiguille était retenue dans l'épaisseur de la pointe du cœur. » Cette observation est incomplète, en ce sens qu'elle ne mentionne pas la présence dans la cavité du ventricule gauche du cœur de nombreuses concrétions fibrineuses, blanches et molles, déposées autour du corps étranger, et ensuite sur les parois de l'organe. Et cependant c'est là le point important, car MM. Pierre, Broca, Barth, attribuèrent l'oblitération de la fémorale à un caillot détaché du cœur.

« L'aiguille, dit M. Cruveilhier (1), était entourée, dans toute sa longueur, de caillots faiblement adhérents; il est venu à la pensée de tous les membres de la Société, témoins du fait, que plusieurs caillots ont dû être projetés du cœur dans l'aorte, et devenir le noyau de nouveaux caillots obturateurs. » Le même fait a été indiqué par le docteur Houël (2), et la pièce, c'est-à-dire le cœur traversé par l'aiguille, est déposée au musée Dupuytren, sous le n° 34 des *Maladies du système vasculaire*. Nous répétons encore une fois qu'à l'époque où cette observation fut recueillie, on ignorait à peu près complétement, en France, les travaux de Virchow; aussi le fait passa-t-il à peu près inaperçu.

M. le professeur Schützenberger (3) (de Strasbourg) fit, en 1856, une analyse des travaux de Virchow, et il y ajouta des observations personnelles très intéressantes.

A la même époque, M. le professeur Forget (4) (de Strasbourg) présenta quelques considérations nouvelles sur les *concrétions sanguines des artères*.

La Société médicale des hôpitaux de Paris (5) s'empara de la question des embolies en 1857, et, parmi les communications les plus intéressantes faites dans cette Société, on doit remarquer celles de MM. Legroux, Trousseau, Barth, Béhier, G. Sée.

Dans un travail malheureusement trop court, M. le docteur Marc Sée (6) a,

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1852, t. II, p. 296.
(2) *Manuel d'anatomie pathologique générale et appliquée*. Paris, 1857, p. 478 et 800.
(3) *Gazette médicale de Strasbourg*, 20 avril 1856.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 819.
(5) *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*. Juin et décembre 1857.
(6) *Gazette hebdomadaire*. Paris, 1857, p. 601.

en 1857, résumé l'histoire des embolies et les opinions diverses des auteurs; nous engageons le lecteur à consulter ce travail intéressant.

On consultera aussi avec fruit les observations de MM. Charcot (1), Béhier (2), et les mémoires de M. Legroux (3), de M. le professeur Forget (4), de M. Fritz (5), ancien chef de clinique à la Faculté de Strasbourg, et de M. Charcot (6). Enfin le travail le plus récent sur ce sujet est encore de ce dernier auteur, et a été publié sous le titre de : *Mort subite et rapide à la suite de l'obturation de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins* (7).

Parmi les auteurs anglais qui se sont occupés du même sujet, nous citerons les docteurs Simpson, Bennett et Senhouse Kirkes (8), que nous avons déjà cités plus haut (voy. tome III, p. 154).

## § III. — Causes.

Tous les corps étrangers qui se forment dans les voies circulatoires artérielles peuvent être des causes d'embolies, ou plutôt être eux-mêmes des embolies, s'ils viennent à se déplacer. On a supposé, plutôt que démontré, l'existence d'embolies formées par des plaques ossiformes détachées de la surface interne des artères, par des masses athéromateuses, encéphaloïdes, par des fragments de valvules détachées des orifices du cœur. Il est établi, et l'observation que nous avons citée en est un exemple, que des concrétions fibrineuses plastiques, des exsudations d'inflammation, forment quelquefois des embolies, et dès lors il est possible de croire que des végétations verruqueuses ou globuleuses peuvent se détacher de l'intérieur du cœur et être lancées, à la façon de projectiles, dans l'arbre artériel. Mais la cause la plus commune, sinon la seule, des embolies, c'est la coagulation spontanée du sang dans un point quelconque des voies circulatoires; qu'un fragment de caillot se détache alors et vienne obturer un vaisseau étroit, il y aura embolie et toutes ses conséquences. Pour faire l'histoire complète de l'étiologie, il faudrait donc remonter à la source de toutes les causes de la coagulation partielle du sang, et en faire ici l'énumération. C'est ce que nous ne ferons point; qu'il nous suffise de signaler comme causes principales : l'endocardite, qui amène la formation de dépôts fibrineux, et consécutivement la coagulation du sang, ou, pour mieux dire, la solidification des éléments plastiques du sang sur les points enflammés; la faiblesse du cœur, ou l'asystolie, qui, en retardant le cours du sang, permet la coagulation de ce liquide entre les piliers et les colonnes charnues du cœur; les altérations des valvules, qui embarrassent également la circulation; les tumeurs anévrysmales, d'où il peut s'échapper quelques caillots; la compression des artères, l'érosion de leur surface interne, etc. Les caillots des veines ne seraient pas étrangers à la formation des embolies; car, après avoir traversé les cavités droites du

(1) *Gazette médicale*, 1856, p. 130.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 644.
(3) *Ibid.*, p. 788, 837, 877.
(4) *Ibid.*, p. 819.
(5) *Ibid.*, p. 911.
(6) *Mémoires de la Société de biologie*. 2e série, t. II, année 1855. Paris, 1856, p. 213.
(7) *Gazette hebdomadaire*, 1858, nos 44 et 46.
(8) *Medico-chirurgical Transactions*, 1852, t. XXXV, p. 281 ; et *Archives générales de médecine*, 1853, p. 279.

aient s'arrêter dans une des branches de l'artère pulmonaire. La :mbolies par ces caillots veineux reconnaît, selon Virchow, le mé-. Lorsque le sang se coagule dans une veine, l'oblitération remonte où elle se déverse; mais là le caillot se prolonge dans ce tronc, sans plétement; il s'accole à une de ses parois, et gagne de proche en w attribue la formation de cette languette d'abord à la présence du e, et surtout au ralentissement de la circulation dans le tronc prin-fluent oblitéré cesse de fournir du sang. Or ce *caillot prolongé*, ttu par la colonne sanguine qui continue à couler, peut se désagréger quelques fragments qui accompagneront le sang veineux, traverse-t iront s'arrêter dans les poumons.

ıais sans nous y arrêter, une cause indiquée par Virchow, l'état œur, lequel état serait, selon cet auteur, indispensable pour pro-lies. Nous ne comprenons nullement la nécessité de cette cause, llots peuvent venir quelquefois d'une autre source que les cavités

indiquer ici d'une manière toute particulière l'idée première qui a héorie des embolies. Selon Virchow et plusieurs autres auteurs, terait pas, ou du moins serait infiniment rare; et, en conséquence, ır place des caillots que l'on trouve si souvent dans les gangrènes s'expliquerait pas; ces caillots ne seraient point des produits d'in-ale, ils ne seraient pas autochthones, mais ils proviendraient ordi-ı lieu plus éloigné : ce seraient des matériaux de transport. Comme iéorie des embolies devait être le résultat nécessaire de la négation est encore, comme dans bien des points de la pathologie, une hypo-duit à la recherche d'un fait. Nous sommes loin de nier la réalité mais il nous semble qu'on devrait être un peu réservé jusqu'à la de la non-existence de l'artérite. La réalité de cette inflammation par les douleurs intolérables que les malades éprouvent sur le trajet s les gangrènes spontanées, et par la friabilité des artères observée Enfin, l'ossification si commune des artères n'est-elle pas un résultat ? On répond, il est vrai, que ces lésions s'observent bien dans les is qu'elles sont consécutives aux embolies, c'est-à-dire à l'obstruc-ıu. On reconnaît bien l'existence d'une inflammation des artères, lammation consécutive. Cependant, s'il en est ainsi, les artères ne ıas s'enflammer primitivement? Dès qu'une lésion est possible sous

démontrer que tel caillot pris pour une embolie a été formé dans un
que celui où on l'observe. Voici, d'après M. le docteur Marc Sée (1), l
tères qui distinguent les embolies :

« 1° *Siége des concrétions*, qui se rencontrent toujours au niveau d'i
cation du vaisseau ou à la naissance d'une grosse branche. 2° *Multip*
*caillots*, entre lesquels le vaisseau est souvent parfaitement vide. 3°
*d'un corps particulier au centre d'un caillot sanguin, et coexistence*
*semblables sur un point éloigné du système artériel.* 4° *Invasion*
*accidents*, toujours les mêmes dans ces circonstances. 5° *État de la p*
*rielle*, dont l'altération est le plus avancée au niveau de l'embolie ; 6°
*et disposition des caillots secondaires* au centre de l'embolie ; tout autour
secondaire, dont l'aspect, la couleur, la consistance, tranchent de la m
plus frappante sur ceux de l'embolie. »

De tous ces caractères, le plus important, à nos yeux, est la ressem
corps étranger central de l'embolie avec des produits de même nature s
un point plus élevé de l'arbre artériel; et comme ce caractère s'est
évidemment dans plusieurs cas, il est incontestable qu'il y a de véritables

Maintenant nous résumerons rapidement, d'après M. le professeur
berger (2), les caractères anatomiques des embolies :

La forme, le volume, la consistance, la coloration et la nature des co
rants sont variables et diffèrent notablement, selon que l'obturation que
mine est ancienne ou récente. Dans le premier cas, ces corps peuvent s
des transformations qui les rendent méconnaissables; dans le second, i
sible de constater leur nature fibrineuse, calcaire, verruqueuse, etc. Q
malades ne succombent pas à une première obluration artérielle, il s'en
ordinairement d'autres; la multiplicité et la successivité des lésions arté
un des caractères de la maladie. L'obturation multiple peut se produire
vement de la périphérie vers le cœur, dans différents points d'une même
artérielle, ou dans des divisions artérielles différentes. Les artères que l'o
vées le plus souvent obturées sont : les artères sylviennes, carotide inter
des extrémités inférieures et supérieures; les artères splénique et rénales
carotide externe, les mésentériques, etc. L'artère pulmonaire et ses bran
fréquemment obturées, et l'on se rappelle que c'est sur ce genre d'oblitéra
Virchow a fait ses premiers travaux. Mais ici on peut se demander si l'on
quelquefois pris pour des embolies les caillots qui se forment si fréquemm
moment de l'agonie, dans les cavités droites du cœur et dans tout le sys
l'artère pulmonaire. Ce doute nous est surtout survenu à propos d'une
tion de Virchow, analysée dans l'*Union médicale* (1858, p. 60), et d'u
rapportée par M. Noirot (3). Dans ces deux cas il s'agissait de pneumonie;
sonne n'ignore que l'on trouve toujours dans cette circonstance des caill
plissant le cœur droit et toute l'artère pulmonaire; si l'on ne trouve da

(1) *Loc. cit.*, p. 604.

(2) *Gazette médicale de Strasbourg*, 20 avril 1856. — Analyse par Cavasse, *Ann*
*néral des sciences médicales*. Paris, 1858.

(3) *Annuaire de littérature médicale étrangère*. Paris, 1857, p. 300.

que dans cette artère, rien n'autorise à supposer qu'ils se sont formés dans le cœur : c'est une coagulation sur place.

Les embolies s'arrêtent ordinairement à la bifurcation d'une artère ou à l'orifice d'une collatérale. Au début de l'obturation embolique, le caillot est sans adhérence et les tuniques artérielles sont saines ; la circulation est interrompue d'une manière plus ou moins complète. Mais bientôt le caillot obturateur se recouvre d'un caillot plus récent ; le sang se concrète autour de cet obstacle, comme les sels cristallisent autour d'un fil ou d'une baguette au milieu d'une dissolution saline. La coagulation remonte plus ou moins haut, en général jusqu'à la première collatérale un peu volumineuse, comme cela a lieu dans la ligature ; et c'est au centre du nouveau caillot qu'il faut chercher l'embolie. Si l'embolie est dure, elle ferme incomplétement la lumière du vaisseau, et la circulation continue ; si elle est molle, elle s'adapte dans le cylindre artériel, le ferme complétement, et au-dessous on trouve l'artère vide et revenue sur elle-même. Si les embolies sont multiples et espacées, on trouve dans leur intervalle plusieurs points de l'artère vides de sang.

« La paroi vasculaire, jusque-là intacte au niveau de l'embolie, ne tarde pas à subir des modifications sous l'influence du contact de cette dernière et des caillots qui l'entourent. Ces modifications, dépendant d'un état inflammatoire, varient en intensité, suivant la nature plus ou moins irritante de l'embolie et les qualités du sang dont sont formés les caillots. Ce sont tantôt de simples épaississements des tuniques du vaisseau, tantôt des infiltrations purulentes, des abcès, des perforations, tantôt de véritables gangrènes des parois vasculaires et des tissus voisins. » (Marc Sée.)

Si, à la suite d'une obturation artérielle, la circulation collatérale est nulle, incomplète ou insuffisante, des altérations consécutives se produisent dans les organes auxquels l'artère se distribue. Si, au contraire, il s'établit une circulation collatérale suffisante, la lésion reste locale et n'entraîne que des perturbations fonctionnelles passagères.

On n'a pas complétement étudié la question de savoir si les embolies peuvent disparaître spontanément. D'après quelques remarques exposées par M. Barth (1), il y a lieu de penser que les caillots récents et encore mous peuvent être désagrégés et enlevés par le courant sanguin.

### § V. — Accidents déterminés par les embolies.

Nous serons très réservés sur ce chapitre, car l'étude des embolies est encore une question d'anatomie pathologique.

On comprend que ces accidents ne peuvent être que ceux de la suspension ou de la diminution de rapidité de la circulation ; mais ils doivent varier selon la nature des organes.

On a dit que leur invasion est subite ; cela ne saurait être vrai que pour les cas où il y a suspension complète de la circulation ; car, dans ceux où le calibre du vaisseau est encore en partie perméable, les accidents doivent être peu prononcés

(1) *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux.* (*loc. cit.*).

d'abord et augmenter graduellement, à mesure de la formation des caillots secondaires.

Si l'embolie occupe une artère superficielle et facile à explorer, comme la crurale, on constate la suspension des battements artériels; les malades ressentent de l'engourdissement, des fourmillements; le membre perd de sa force, et, de plus, il se manifeste de vives douleurs dans le trajet des artères. Mais ici se représente encore la question de savoir si les embolies peuvent être la cause de ces douleurs, ou si elles ne dépendraient pas plutôt d'une artérite réelle. Enfin surviennent tous les caractères de la gangrène spontanée du membre, sèche ou humide.

Quant aux accidents produits par l'obturation des artères des organes intérieurs, nous nous bornerons à une simple énumération, parce qu'il règne encore des doutes à ce sujet.

Dans les organes parenchymateux, dit M. Schützenberger, l'obturation des branches artérielles produit des infarctus sanguins ou fibrineux très exactement circonscrits. Dans le cerveau, l'infarctus donne ordinairement lieu au ramollissement jaune; mais il est infiniment probable que certaines indurations circonscrites dépendent de l'obturation de ramuscules artériels. L'embolie des artères cérébrales produit des perturbations fonctionnelles analogues à l'attaque d'apoplexie; les symptômes ne diffèrent pas de ceux de l'hémorrhagie cérébrale ou du ramollissement aigu. Selon M. Bouchut, il faudrait, dans ces cas, considérer le ramollissement comme une véritable gangrène du cerveau.

Dans la rate et dans les reins, les embolies produiraient des apoplexies sanguines et des indurations.

Enfin les embolies de l'artère pulmonaire détermineraient des gangrènes du poumon, exactement limitées aux points où se distribue le rameau oblitéré. Nous rappellerons que M. Charcot vient de signaler des cas de mort rapide ou subite par la coagulation du sang dans les branches de l'artère pulmonaire.

Nous ne ferons que noter l'*infection du sang* dont parle Virchow. Ce résultat proviendrait de l'altération des embolies, et il se traduirait d'abord par l'état de chloro-anémie, et ensuite par une sorte d'infection putride. Nous croyons qu'on n'a pas généralement adopté une opinion si singulière.

Ici se termine ce que nous avions à dire des embolies, car on comprend que, dans l'état actuel de la science, il ne peut être question ni de diagnostic, ni de pronostic, ni de traitement.]

---

En terminant la description des maladies des artères, dont nous avons écarté les explications purement théoriques, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer la pénurie de la science sur les points les plus importants de leur histoire. Nous pensons, en effet, qu'il est bon de signaler les grandes lacunes qu'elle présente encore, afin que les observateurs fixent leur attention sur ce sujet capital.

# SECTION TROISIÈME.

## MALADIES DES VEINES.

[...] veineux nous présente un bien moins grand nombre de maladies à [...]. Il n'est guère parmi elles que la phlébite qui ait un intérêt réel pour le [...], et sur laquelle on ait fait des recherches importantes. Toutes ces lésions [...] de l'aorte que nous avons passées en revue : les incrustations osseuses, [...]ations ; les dépôts de matière athéromateuse, etc., ne se retrouvent plus [...] veines, ou du moins, si on les a rencontrées quelquefois dans l'artère [...]ire, qui, par la nature du sang qu'elle contient, doit être rangée, en patho[logie ...] les veines, elles n'y ont été observées que très rarement, et n'ont rien [...] qui doive nous arrêter. Nous ne dirons donc que quelques mots des affec[tions ...]gères à la phlébite, maladie dont nous donnerons, au contraire, une [...] détaillée.

## CHAPITRE PREMIER.

### MALADIES DE L'ARTÈRE PULMONAIRE.

[...] plus nombreuses sur les affections propres à [...] pulmonaire et à ses divisions. Cependant on en a récemment cité quelques [...] intéressantes, dont nous allons donner une indication rapide.

### ARTICLE Ier.

#### COAGULATION DU SANG DANS L'ARTÈRE PULMONAIRE.

[...] ces dernières années, plusieurs cas se sont présentés dans lesquels on [...]vé, pour expliquer la mort, qu'une coagulation du sang, obstruant [...] pulmonaire et ses divisions de manière à s'opposer à la circulation dans [...]mons, et par suite à déterminer l'asphyxie (1). M. C. Baron (2) les a réunis [...] près tous dans un mémoire où les symptômes sont exposés de la manière [...].

[...] moment de l'invasion, les malades étaient en proie à une autre affection ou [...]lescence; mais on n'a pas pu trouver de cause évidente de l'accident qui [...]portés. La plupart éprouvèrent subitement une grande dyspnée avec dou[...] la poitrine, oppression, congestion de la face, syncopes plus ou moins [...]tées, en un mot les symptômes d'une véritable asphyxie. De plus, dans les

(1) Voy. Ollivier d'Angers, *Archives générales de médecine*, 1833. — Ormerod, *The Lancet.*, 1847.

(2) *Recherches et observations sur la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire et sur [...]* (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1838, t. II, p. 1 et suiv.).

cas où la maladie dura quelque temps, on constata la tuméfaction des ju
la faiblesse, la petitesse extrême du pouls, la violence des battements du
tout cela sans que l'auscultation et la percussion fissent découvrir des sig
téristiques d'une affection particulière. En outre, on a observé quelq
symptômes qui ne sont pas aussi directement liés à l'affection qui nous
ainsi l'anorexie, quelques frissons avec des alternatives de chaleur, et u
malaise général.

Dans presque tous les cas, la maladie s'est terminée en quelques heur
mort; dans aucun, elle ne s'est prolongée au delà de deux jours. Chez
observé par M. Louis à la Pitié, la maladie ayant marché un peu plus l
qu'à l'ordinaire, on a noté de l'œdème aux membres inférieurs, et des
violettes sur différents points de la peau, qui annonçaient la difficulté de
lation veineuse. La maladie s'est toujours *terminée* par la mort. Dans les
moments, l'agitation devenait plus grande, la respiration s'accélérait au
dépasser quarante inspirations par minute; quelquefois il survenait du
chéal qui annonçait une mort prochaine.

Pour mieux faire saisir la marche de la maladie, nous allons donner ici u
d'une observation remarquable recueillie par M. Lediberder dans le s
M. Louis, à la Pitié :

« Après avoir éprouvé une douleur dans les reins, la malade se plaign
violente dyspnée; la respiration était haute, très gênée; les battements
étaient très violents, très accélérés. Bientôt il survint une syncope qui d
minutes, et pendant laquelle il y eut une évacuation alvine involontaire. C
cope se dissipa spontanément : pendant quelques instants, la malade se tr
peu mieux, les palpitations se calmèrent, mais la dyspnée persista et bien
menta notablement. Des douleurs de ventre survinrent, tout le corps p
couvrit d'une sueur froide, et dans ce même moment l'agitation devint
La respiration devint suspirieuse, et, vers dix heures du soir, la malade ex
agonie ni convulsions. »

A l'autopsie, on a trouvé tantôt le tronc seul de l'artère pulmonaire,
toutes ses divisions remplies de caillots plus ou moins fermes, adhérents
entièrement noirs, parfois déjà passés à cet état qui constitue les polypes s
Ces caillots, d'après les recherches de M. Baron, commencent à se form
les ramifications de l'artère, et gagnent ensuite les grosses divisions. Qu
parois artérielles, elles ne présentaient de bien remarquable que l'état
membrane interne au point d'adhérence des caillots; là, en effet, cette me
se confondait avec la surface du coagulum, ou bien avec une membrane qui
le recouvrait.

Dans un cas observé par M. Hélie (1), la membrane interne de l'artère
naire présentait çà et là de petites taches blanchâtres qui paraissaient av
siége dans l'épaisseur de la membrane sous-jacente, et au niveau desquelles
lieu principalement les adhérences. Ces taches, dont la description est inco
semblent être de la même nature que celles qu'on trouve dans l'intér
l'aorte.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1839.

unt pouvons-nous dire si cette maladie est due à une inflammation e l'artère pulmonaire, ou si la coagulation du sang se fait sous une autre Les cas que nous possédons sont trop peu nombreux pour que nous ous prononcer sur ce point d'une manière bien positive. Cependant des adhérences tend à prouver que l'inflammation n'est pas étrangère à

ons dit que les malades avaient rapidement succombé; il en résulte que *nt* n'a point eu d'influence notable sur la maladie. Les moyens que l'on sont : la *saignée*, la *digitale*, les *topiques* révulsifs et dérivatifs, is sans aucun succès. Il n'y a eu dans les symptômes aucune améliora- pût raisonnablement leur attribuer. Tout reste donc à faire sur ce médecin devra prendre conseil des circonstances. Il attaquera, par les plus convenables, les divers symptômes qui se présenteront, et toujours ie, puisque l'affection a une si grande gravité. On peut penser que les *pétés* pourraient avoir une influence favorable, et l'on devra les essayer s (1).

## ARTICLE II.

### DILATATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE.

dirons que très peu de mots de cette lésion, qui ne constitue pas une olée, et sur laquelle les recherches sont peu nombreuses et peu précises. ons vu, à l'article *Communication anormale des cavités du cœur*, que n de l'artère pulmonaire pouvait être portée à un assez haut degré, et fait surtout remarquer le cas observé par M. Deguise, où l'on a constaté d'un bruit anormal suivant le trajet de cette artère.
tion de ce vaisseau se rencontre aussi dans les cas d'hypertrophie du ven- t. Alors, quoique rarement, l'artère a présenté des incrustations osseuses

## ARTICLE III.

### RÉTRÉCISSEMENT DE L'ARTÈRE PULMONAIRE.

Cette lésion, presque toujours congénitale, n'est remarquable que pa gênant beaucoup la circulation, elle donne souvent lieu à la *cyanose*. Il e fois à remarquer que le plus souvent le rétrécissement de l'artère pul quand il est considérable, existe en même temps que les communicatio males des cavités du cœur; en sorte qu'en pareil cas la cyanose a plusieu déterminantes. Nous n'entrerons pas dans de grands détails sur cette a tout à fait au-dessus des ressources de l'art, et contre laquelle nous ne employer que des palliatifs consistant principalement dans les déplétions sa

On trouve dans un article intéressant de M. David Craigie (1) une étude de la lésion et de ses effets. En voici les principaux résultats :

Cet auteur reconnaît trois formes de lésions qui donnent lieu à cette a 1° rétrécissement excessif de son calibre; 2° obstruction complète de s 3° occlusion plus ou moins parfaite par réunion ou adhérence réciproq valvules. Les deux premières sont regardées comme congénitales. Quant l sième, est-elle antérieure à la naissance, ou est-elle survenue postérieure un processus pathologique? C'est une question difficile à décider.

M. Craigie cite un exemple fort intéressant de la deuxième forme, obs un sujet âgé de dix-neuf ans, et qui avait présenté, dès son enfance, une évidente avec dyspnée habituelle.

On comprend difficilement comment la vie peut se maintenir aussi lo avec de semblables lésions.

Nous nous contentons de rapprocher de ces faits un cas de *transpositi* permis à l'enfant de vivre assez longtemps. M. le docteur Walshe (2) a obse un enfant qui a vécu dix mois, une cyanose résultant de la *transposition d et de l'artère pulmonaire.*

---

# CHAPITRE II.

## MALADIES DU SYSTÈME VEINEUX EN GÉNÉRAL.

On ne trouve dans les auteurs anciens qu'un très petit nombre d'observati maladies des veines. Morgagni lui-même ne cite que quelques exemples de trouvées dans le système veineux. Cependant il avait remarqué l'existence d lots dans différentes veines, mais sans y attacher une grande importance. D dernières années, on a fait des recherches multipliées sur les maladies de ce seaux, et principalement sur la phlébite, qui a été le sujet d'un nombre consi de mémoires d'une grande valeur (3).

(1) *Edinburgh med. and. surg. Journal*, octobre 1843.
(2) *Med.-chir. Trans.* London, 1843 (*Traité des maladies des artères et des veines*)
(3) Raciborski, *Histoire des découvertes relatives au système veineux*, sous le

ne si l'on avait examiné l'état des veines dans une affection qui cepen- des lésions remarquables de ces vaisseaux, la *phlegmatia alba dolens*, Breschet (1), Velpeau, Maréchal, Eugène Legallois, Cruveilhier (2), in, Sédillot (3), etc., ont fait de la phlébite l'objet de leurs études. nt les faits se sont accumulés, et aujourd'hui on possède un nombre l'observations sur cette affection, qui est une des plus graves du cadre

## ARTICLE Ier.

### PHLÉBITE.

e est une des maladies les plus difficiles à décrire, non qu'elle présente it réduite à son état de simplicité, plus d'obscurité que toute autre, ue, à une certaine époque de son cours, il survient des accidents si i variés, des lésions si diverses, et interprétées d'une manière si diffé- auteurs, qu'on se trouve arrêté à chaque pas lorsqu'on veut appré- sement la valeur des symptômes qui lui ont été assignés et la manière nt produits. Dans cet article, mettant à contribution les principales et recherchant avec soin ce qu'elles ont offert de remarquable, nous présenter séparément, et de manière à en rendre la conception plus nptômes propres à la phlébite elle-même et ceux qui résultent de l'al- ang, si souvent produite par cette maladie. Un grand écueil à éviter rage pratique, c'est de se laisser entraîner par les théories auxquelles eux a donné lieu ; et, d'un autre côté, on ne peut avoir une intelligence faits sans examiner avec quelque soin les diverses interprétations té l'objet, sans rechercher l'enchaînement des phénomènes morbides. donc connaître les principales opinions, mais nous n'y insisterons pas et nous nous contenterons d'indiquer ce qui sera absolument néces- ire connaître l'état actuel de la science.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

'e est, dans son expression la plus simple, l'inflammation des veines; fection peut donner lieu à des accidents qui dépassent les limites du eux, et alors, comme on le verra plus tard, cette définition n'est pas rnons-nous ici à signaler son insuffisance.

Quoique l'on n'ait rien de très précis sur la *fréquence* de cette affection, dire, d'une manière générale, qu'elle se présente assez souvent à l'obs mais si l'on a égard aux causes extrêmement nombreuses qui peuvent la p et à la fréquence très grande de ces causes, on reconnaîtra que d'une relative, la fréquence de la phlébite est peu considérable.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons rien de précis sur les causes prédisposantes de la phlébite. vement à l'*âge*, on ne trouve aucun renseignement positif, car il faudrait de vations nombreuses pour savoir si les causes occasionnelles de la phlébite influence plus grande à une époque de la vie qu'à une autre. Il est inutil qu'une certaine espèce de phlébite, la *phlébite utérine*, est plus commun jeunesse ; étant, en effet, produite principalement par l'accouchement, elle se manifester que chez les femmes qui n'ont point encore passé l'âge où l dation a lieu. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'influence du *sexe*.

Quant à la *constitution*, les observations sont pour la plupart muettes à ce Chez les sujets qui ont éprouvé une phlébite à la suite d'une opération, sa constitution était débilitée ; mais c'était là un état acquis et non congénita

Doit-on placer parmi les causes prédisposantes certaines circonstanc rieures, comme le *mauvais air*, l'*encombrement des salles d'hôpitaux*, etc de répondre à cette question, il faut faire une distinction. Si l'on veut p l'infection purulente qui suit la phlébite, il n'est pas douteux que cette soit très puissante ; mais quant à la phlébite elle-même, il est loin d'être d qu'elle soit sous l'influence de ces agents extérieurs. Il est en effet très rare l'a remarqué M. Cruveilhier, que les grandes opérations et certaines ne déterminent pas un certain degré de phlébite ; mais cette phlébite reste bo point peu étendu, et n'a pas d'action très marquée sur le reste de l'orga faut en dire autant de ces *épidémies* qu'on voit par intervalles se montre palement dans les hôpitaux, et surtout dans les hospices d'accoucheme l'infection purulente qui prend alors la forme épidémique.

### 2° Causes occasionnelles.

Si l'on éprouve de l'embarras à assigner des causes prédisposantes à la p il n'en est plus de même quand il s'agit des causes occasionnelles. Ici, elles sont évidentes, et les symptômes de l'affection suivent si bien la caus produite, qu'on ne peut avoir aucun doute à cet égard.

Tout le monde sait qu'à la suite d'une *saignée*, et souvent sans qu'on trouver dans cette petite opération aucune particularité qui explique les a qu'elle fait naître, on voit survenir une inflammation qui, occupant d'abord blessé, se propage plus ou moins loin le long du canal veineux. La cause très évidente. Toutes les lésions qui portent sur une veine, comme la l'*excision*, la *ligature*, la *compression*, la *distension*, la *contusion*, le *déch* de ces vaisseaux, peuvent produire les mêmes effets que la saignée.

n'est pas moins évidente lorsqu'une *plaie* venant à s'enflammer, on d'elle des cordons veineux participer à cette inflammation. C'est sou-s plaies des *grandes opérations* que cet accident a lieu ; mais on le as des plaies souvent très peu importantes. Ainsi une petite incision à la main ou du pied, une simple piqûre, suffiront pour produire cette maladie. Le danger est beaucoup plus grand si la plaie a été faite avec ent chargé de *matières septiques :* ainsi les *blessures anatomiques* pro-mme on le sait, des phlébites très graves.

bourg (1) a cité un cas fort intéressant, recueilli dans le service de nberger, et qui prouve que l'infection purulente peut avoir pour cause e spontanée. L'infection purulente fut annoncée par une fièvre intense, ée purulente, un érysipèle phlegmoneux et une teinte jaune ictérique

*couchement*, l'intérieur de l'utérus peut être comparé, comme il l'a été, d'une plaie produite par une grande opération ; aussi la phlébite s'em-fréquemment des gros canaux veineux qui viennent s'ouvrir à cette c'est là une des causes de la fièvre puerpérale, mais non la seule, comme il y a quelques années.

espèce de lésion qui, d'après les recherches des modernes, produit la phlébite, c'est la *solution de continuité des os*, surtout lorsqu'une molles la fait communiquer avec l'air extérieur. Alors les veines les canaux osseux s'enflamment comme les veines externes, et il en ment les accidents de l'infection purulente qui seront décrits plus

taines *affections chroniques*, et notamment dans les *cancers*, on observe le développement d'une phlébite. Presque toujours alors il survient, morbide, une inflammation qui se communique aux veines environ-aurons occasion de parler de ces accidents quand le moment sera la description de ces maladies en particulier.

ques cas on n'a pas, pour expliquer la production de la phlébite, une une plaie, la parturition ou une fracture, et cependant le point de 'affection est encore évident. On voit, par exemple, un *érysipèle*, ou non, donner naissance à cette maladie, qui s'empare d'abord des urées par l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire. Dans une phlébite particulière qui n'a point fixé suffisamment l'attention des

### § III. — Symptômes.

Pour les causes, il était inutile d'établir une distinction entre la phlébite la phlébite compliquée d'infection purulente; celle-ci, n'étant en eff conséquence de la première, a primitivement les mêmes causes, quoique loppement exige, dans quelques cas du moins, des conditions particulière est pas de même quand il s'agit des symptômes. Lorsqu'une phlébite rest de simplicité, elle ne détermine guère que des symptômes locaux faciles cier, et qui n'ont en général qu'une intensité médiocre. Lorsque, au c elle est suivie d'infection purulente, il se développe une série de sympt graves qui méritent une description particulière. Nous allons étudier sé ces deux états, d'une gravité si différente.

1° *Phlébite simple.* — Cette affection a reçu de M. Cruveilhier le nom *bite adhésive*, parce qu'un des premiers effets de l'inflammation est de dé la formation de caillots qui se solidifient ensuite, adhèrent plus ou moins f et convertissent le vaisseau en cordon imperméable. on peut conserver ce mination, dont la valeur est aujourd'hui bien connue. Toutefois il f remarquer que l'adhésion qui a lieu dans cette phlébite peut n'être que tanée; que l'on voit souvent, au bout d'un certain temps, le vaisseau rep souplesse et sa perméabilité, et que par conséquent il ne faut pas entend mot, *phlébite adhésive*, une inflammation qui déterminerait l'adhésion in parois vasculaires.

Cette espèce de phlébite, dont nous ne possédons qu'un nombre restre servations, parce qu'on s'est attaché principalement à observer les cas d' purulente, se manifeste d'abord par une *douleur* sourde, occupant une moins grande étendue de la branche veineuse affectée, et augmentant par sion. Bientôt il se joint à cette douleur un *gonflement* peu résistant de environnantes, et peu après une dureté marquée du vaisseau enflammé. se présente sous la forme d'un cordon dur, noueux, plus volumineux que à l'état normal. Lorsque l'inflammation occupe une veine superficielle, on au-dessous de la peau des *bosselures*, des nodosités plus ou moins rappro souvent (surtout si la phlébite est due à une blessure de la veine) on voit du cordon noueux, une *rougeur* légère ; mais cette rougeur est beaucou remarquable que celle qu'on observe dans la lymphangite : différence im sur laquelle nous reviendrons plus tard. Enfin, lorsque la veine est située a d'une artère volumineuse, elle peut, par suite de sa tuméfaction et du go environnant, masquer complétement les pulsations artérielles.

Tels sont les *signes locaux* auxquels on reconnaît la phlébite. Nous aj que lorsqu'il y a une *plaie* à la veine, on en trouve les bords enflammés, donnant issue à un pus ordinairement mal lié, et que les mouvements, le les contractions musculaires dans la partie blessée, tendent à augmenter l dents.

Quant aux *signes généraux*, ils sont d'une intensité variable. Ainsi, tan dans certains cas, on trouve un *mouvement fébrile* léger, un trouble pe des *fonctions digestives*, à peine un peu d'*agitation*, et point de phé cérébraux marqués, et que, dans des cas où la veine enflammée est de p

omme la veine dorsale de la verge, il n'y a aucun symptôme général; es, bien que la phlébite n'ait encore déterminé aucun symptôme d'in- ulente, et notamment dans ceux qui sont produits par une lésion de la roit survenir des accidents généraux très graves. La *fièvre* s'allume; le et fréquent, la chaleur de la peau, l'agitation, l'insomnie, la perte de lonnent à l'affection un aspect de gravité inquiétant. En même temps les lu membre sont vives, le gonflement devient considérable, et les phéno- aux sont en rapport avec les symptômes généraux. On a cité des exem- genre, bien que la phlébite n'eût point perdu son caractère de phlébite adhésive. Toutefois, il faut le dire, ces symptômes appartiennent prin- t à la phlébite suppurative, dont nous allons donner la description.

*ébite suppurative.* — Celle-ci, beaucoup plus fréquente que la précé- bserve principalement dans les cas où les veines ont été lésées par une nvahies par une inflammation voisine.

*leur* est, dans ces cas, beaucoup plus vive que dans la phlébite simple ou le *gonflement* douloureux occupe les environs de la plaie, il empêche e constater la présence du cordon dur formé par la veine enflammée; les nts du membre affecté sont difficiles ou même impossibles; la *réaction* lont il a été question plus haut, se déclare avec intensité, et au bout d'un n'a pas été déterminé, les signes de la suppuration se manifestent le long du vaisseau.

comme à la suite de la saignée, on voit un *abcès* se former aux environs ìre, et s'étendre plus ou moins loin; tantôt, sur les côtés de la veine en- se montrent des *noyaux*, d'abord durs, mais où la fluctuation se fait bien- naître; en un mot, les points occupés par la suppuration sont variables, ours voisins du vaisseau. On a vu des cas, et M. Cruveilhier (1) en a cité le remarquable, où l'intérieur de la veine est lui-même le centre du foyer Chez une femme, la fluctuation s'étant manifestée dans un point du sein se rendre une veine dilatée, M. Cruveilhier fit l'ouverture de l'abcès, et qu'il en vit sortir le pus, il vit la veine se vider, s'affaisser et cesser d'être e.

ue ces cas de phlébite suppurative soient ceux qui exposent le plus le ma- nfection purulente dont il va être question, on voit, dans un certain nom- s, l'affection s'arrêter, et les symptômes de suppuration ne pas sortir des rimitivement occupées par la maladie. Lorsqu'il en est ainsi, les symptômes on fébrile sont dus à la violence de l'inflammation, et si déjà à cette époque ne certaine altération du sang, elle ne diffère pas de celle qu'on a observée autres maladies fébriles.

*ection purulente.* — Mais nous arrivons maintenant à une question bien cile à résoudre. L'infection purulente a été très diversement interprétée par rs, et de nombreuses discussions se sont élevées sur ce point obscur. Nous onner un aperçu de l'état de la question; mais, nous le répétons, notre n'est pas de la traiter à fond, ce qui nous ferait sortir de notre cadre et rait des développements très étendus.

*tionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. PHLÉBITE. — *Anatomie patho-* XI[e] livraison.

On a d'abord pensé, et parmi les auteurs qui ont partagé cette opinion il faut placer en première ligne MM. Velpeau et Maréchal, que dans une veine où se formait ainsi le pus, le transport de ce liquide vers les parties centrales avait lieu inévitablement, et que le sang, cherchant à se débarrasser d'une substance étrangère, la déposait ensuite sur son passage dans les divers organes. Ainsi on expliquait les accidents variés et les lésions diverses qui suivent la phlébite suppurative. Plus tard, et parmi ceux qui ont défendu cette manière de voir se placent MM. Cruveilhier, Blandin, Dance, etc., on a admis que quelques parties du pus sont, en effet, transportées dans le torrent circulatoire ; et qu'ensuite, arrivant soit dans les organes parenchymateux, soit dans le tissu cellulaire, les molécules étrangères ne s'y déposent pas simplement, mais déterminent dans ces parties une inflammation nouvelle qui a une très grande tendance à la suppuration.

Ces opinions ont été vivement combattues par M. P. Tessier, qui d'abord dans sa thèse, et plus tard dans plusieurs journaux (1), a rassemblé un nombre considérable de faits pour démontrer l'impossibilité de ce transport du pus, du point primitivement lésé vers les parties secondairement enflammées. Il s'est fondé principalement sur ce que, un des premiers, sinon le premier effet de la phlébite, est de déterminer la formation d'un caillot qui circonscrit le foyer purulent, arrête le cours du sang, et par conséquent ne permet pas au pus de se porter au delà du point où il s'est formé. Il a en outre cité un bon nombre de cas dans lesquels on a vu des abcès multiples avec tous les symptômes assignés à l'infection purulente, sans qu'on ait trouvé aucune trace de phlébite.

Ph. Bérard (2) s'est attaché à réfuter l'opinion de M. Tessier. Selon lui, il est certain que le pus ne peut point être absorbé par les parois d'un foyer purulent, et transporté en nature dans le torrent circulatoire, comme quelques auteurs l'avaient pensé. Mais on conçoit facilement le transport des molécules purulentes dans l'intérieur d'une veine : 1° parce qu'il n'est point démontré que quelques-unes de ces molécules n'aient point été formées et transportées avant la formation des caillots ; 2° parce qu'il existe des milliers de veines collatérales qui, ouvertes au sang, peuvent offrir un passage au pus suspendu dans ce liquide. Bérard cite à l'appui de cette manière de voir un fait rapporté par M. Velpeau (3), qui a vu manifestement du pus mêlé au sang jusque dans l'oreillette et le ventricule droit. Quant aux cas dans lesquels on n'a point trouvé de phlébite chez des sujets morts avec tous les accidents de la phlébite purulente, voici comment Bérard cherche à lever la difficulté : « On a fait une objection plus importante contre la doctrine que nous soutenons ici ; on a dit (et nous l'avons constaté nous-même) que les symptômes de l'infection purulente et les abcès métastatiques ont été rencontrés chez des sujets qui n'avaient offert aucune trace de phlébite après leur mort. Nous répondrons d'abord que ces cas ne se présentent pas souvent aux anatomistes qui font des recherches patientes en procédant aux autopsies des cadavres, et nous ajouterons que, dans les cas mêmes où l'on n'a rien trouvé d'après une dissection attentive, il y avait eu néanmoins sécrétion du pus dans quelques veinules. » Toutefois

(1) Voy. l'*Expérience*, t. II, *passim*, et t. VIII ; et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1840, t. VI, p. 14.
(2) *Dictionnaire de médecine*, t. XXVI, art. Pus.
(3) *Archives générales de médecine*, 1827, t. XIV, p. 502.

Bérard reconnaît lui-même que ce n'est pas là une preuve directe; aussi a-t-il recours ensuite à un ordre de faits différents pour mettre hors de doute la vérité du fait qu'il avance. Quelle que soit la valeur de cette argumentation, il n'en est pas moins certain que, dans les observations de M. Tessier, il en est quelques-unes où la formation d'abcès très nombreux se succédant sans interruption, et souvent pendant un assez long espace de temps, ne peut nullement s'expliquer par l'inflammation des veines.

En somme, faut-il, dans quelques cas du moins, admettre cette diathèse purulente qui, selon M. Tessier, peut seule rendre compte de cette suppuration? Faut-il, avec Bérard, attribuer toujours les accidents à l'altération du sang causée par la sécrétion du pus dans la cavité des veines et au mélange de cette matière avec le sang? Faut-il, avec Félix d'Arcet (1), regarder cette infection comme une conséquence de la décomposition du pus par l'oxygène dans les voies respiratoires? C'est ce que nous ne discuterons point ici, parce que ces questions n'ont point une importance pratique aussi grande qu'on l'a pensé. Il est à désirer sans doute qu'une analyse rigoureuse des faits vienne remplacer sur beaucoup de points les assertions contradictoires des auteurs, mais c'est là une tâche que nous ne devons pas nous imposer; car, nous le répétons, il ne saurait en résulter pour nous de grands avantages.

Nous nous contenterons d'une simple remarque relative à la phlébite dont il est ici question. L'importance de l'inflammation des veines dans l'infection purulente a été niée d'une manière beaucoup trop absolue par M. Tessier. Il suffit, en effet, de faire observer, avec Bérard, la succession des phénomènes locaux et des phénomènes généraux de la phlébite, dans des cas tout particuliers, pour que l'on ne puisse pas douter que l'infection purulente ne soit une simple conséquence de l'inflammation des veines. Lorsqu'en effet on voit, comme l'a dit Bérard, un homme se faire pratiquer, au milieu d'une santé parfaite, une saignée de précaution, et qu'immédiatement après, en l'absence de toutes les causes prédisposantes indiquées par les auteurs, il survient une inflammation locale suivie elle-même des phénomènes généraux qui vont être décrits, on ne saurait s'empêcher d'admettre une relation de cause à effet si évidente.

Après avoir ainsi exposé succinctement les principales opinions soutenues par les auteurs, nous allons tracer le tableau de l'infection purulente.

*Début.* — On s'accorde généralement à dire que le premier symptôme du début est un *frisson violent* et ordinairement prolongé. Malheureusement les observations sont très souvent muettes à ce sujet, puisque, sur vingt-cinq cas empruntés à différents auteurs, huit fois seulement il est question de ce symptôme, qui aurait dû si fortement fixer leur attention. L'observation a donc encore beaucoup à faire sur ce point. Les frissons se répètent plus ou moins souvent à des intervalles variables, et ils alternent avec une chaleur marquée qui bientôt devient continue. En même temps on remarque dans la plaie des changements notables. Si c'est une plaie résultant d'une grande opération ou un abcès phlegmoneux, les chairs deviennent molles et flasques; le pus est séreux, fétide, peu abondant; et si, comme dans

(1) *Recherches sur les abcès multiples*. Paris, 1842.—H. de Castelnau et Ducrest, *Recherches sur les cas dans lesquels on observe des abcès multiples* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1846, t. XII, p. 1 à 151).

les amputations, un os est compris dans la plaie, son extrémité se mortifie;
nous n'insistons pas sur ces détails, parce qu'ils appartiennent principalem
chirurgie. Chez les femmes en couches, les *lochies* se suppriment et la sé
laiteuse s'arrête, comme nous l'avons dit à l'article *Fièvre puerpérale.* T
les signes qui annoncent que la masse du sang commence à subir l'infecti
rulente.

*Symptômes.* — La *chaleur*, après plusieurs alternatives, devient intense.
un petit nombre de cas que nous avons sous les yeux, les *sueurs* ont été me
nées; deux sujets en avaient d'abondantes; elles étaient froides chez l'un d'

La *perte de l'appétit*, la rougeur, la sécheresse de la *langue*, les enduits de
leur diverse, la fuliginosité des dents, parfois des *vomissements*, la *diarrhé*
fréquente vers les derniers temps de la maladie, des selles fétides, nombreuses,
lontaires, quelquefois le ballonnement du ventre, tels sont les phénomènes q
observe du côté des *voies digestives*. Malheureusement encore ils n'ont été re
chés que dans un petit nombre de cas, et quoiqu'ils paraissent liés intimement
maladie, on ne peut en apprécier rigoureusement la valeur.

Du côté du *système nerveux*, on a noté l'*agitation* très violente dans ce
cas, le *délire*, qui chez cinq sujets était très remarquable, et surtout un *af*
*ment*, une *dépression des forces* qui, chez plus de la moitié des sujets, a été,
début de l'infection purulente, un des phénomènes les plus remarquables
maladie. Un seul fut pris, quelques jours avant la mort, d'un *coma* profond.

Nous verrons, dans la description des lésions anatomiques, que l'on trouve
nairement, chez les sujets qui ont succombé, des abcès dans les principaux or
parenchymateux. Il semble donc que pendant la vie l'attention des observa
aurait dû être dirigée sur l'état de ces organes; mais on voit que, dans le
grand nombre des cas, il est passé entièrement sous silence. Ainsi nous ne t
vons, dans les observations, rien de relatif à la *percussion* et à l'*auscultation*,
n'est dans trois cas observés par MM. Tessier, Rochoux et Fallot (de Namur),
l'on trouva dans les poumons du *râle crépitant et sous-crépitant*, et dans un
recueilli par Dance (1), où il existait, en arrière et à la partie inférieure de la
trine, moins de *sonorité* à la percussion que dans l'état naturel. Quant aux
symptômes dont le siége se trouvait dans les voies respiratoires, il faut rema
la *toux*, notable seulement chez quatre sujets, et l'*expectoration*, qui n'a été
fort rarement mentionnée. Il y eut des crachats clairs chez un malade observé
M. Ménière (2); de couleur brune fauve chez un autre, dont l'observation a
rapportée par Dance, et enfin de véritables crachats rouillés dans un cas rec
par M. Tessier. Faut-il en conclure que rarement on trouve des symptômes
bles du côté de la poitrine? Non, sans doute; car, dans un grand nombre de cas,
est certain que la poitrine n'a pas été suffisamment explorée. Il est vrai que d'a
ce que l'on a observé dans la pneumonie lobulaire, on peut penser que les si
physiques doivent être peu notables; mais c'est là un fait qu'il serait bon de m
hors de doute par l'observation directe.

L'état de la *circulation* est également passé sous silence dans le plus grand

(1) *Archives générales de médecine*, 1828, t. XVIII, p. 473.
(2) *Expérience*, t. II : *Mém. de M. Tessier*, chap. II, obs. 4.

cas. Quelquefois on a trouvé les battements du cœur forts et précipités.
uuls, ce qu'il offre de plus remarquable, c'est, au début, sa fréquence,
is tous les cas où on l'a noté, il a offert plus de 100 pulsations, et qu'il
réquemment élevé à 130 et à 140. Vers la fin de la maladie, il est, au
emarquable par sa petitesse et sa concentration.

utres accidents qui ont bien plus spécialement fixé l'attention des obser-
'est la production d'*abcès* qui se manifestent dans un point plus éloigné
upé primitivement par la phlébite. On voit tantôt dans le tissu cellulaire
:, tantôt dans les articulations, se développer des tumeurs douloureuses
ientôt sentir la fluctuation. L'apparition de ces abcès coïncide toujours
ggravation locale des symptômes généraux.

e phénomène consécutif de la phlébite, et qui s'observe aussi bien dans
adhésive que dans la phlébite suppurative, est l'*œdème* des parties
delà du point enflammé. Cet œdème est dû à l'oblitération de la veine
: de la circulation. Nous aurons occasion de reparler plus d'une fois
ltrations. Dans l'infection purulente, on voit quelquefois apparaître un
digne d'être noté : c'est l'*ophthalmie purulente*. On en voit des exem-
lans un article intéressant de l'*Union médicale* (mardi, 22 février 1848).

our compléter ce tableau des symptômes, nous ajouterons que l'on
dans des cas très graves, une *teinte jaune de la peau* qui a quelque
ec l'ictère, et à laquelle Maréchal attachait une grande importance; que,
ues cas, on a trouvé les *urines fétides*, et que la *fétidité de l'haleine*,
le on a généralement insisté dans les articles généraux, n'a point attiré
ent l'attention des observateurs. Nous ne la trouvons notée qu'une seule
Fallot (de Namur).

t, les symptômes de la phlébite et les accidents graves qu'elle entraîne à
omme dans toutes les descriptions qui n'ont pas pour base une analyse
faits, nous trouvons encore de l'incertitude sur bien des points que nous
devoir signaler à l'attention des observateurs. Disons maintenant un mot
espèces de phlébite admises par les auteurs.

la cause qui a produit la maladie, on a divisé la phlébite en *traumatique*
*umatique*. Il est impossible de dire, d'après les observations que nous
dans quelle proportion ces deux espèces tendent à produire l'infection
. Cependant on peut avancer, d'une manière générale, que la phlébite
atique est plus souvent simple ou adhésive, et que par conséquent elle
ins souvent lieu aux accidents consécutifs.

le siége de l'affection, on a distingué la *phlébite utérine;* la phlébite *des*
*i dure-mère;* des *veines cérébrales et méningées* (1); de la *veine jugu-*
*ne* (2), *pulmonaire;* des *veines caves* (3); des *veines hépatiques, ré-*
*spléniques, hémorrhoïdales;* de la *veine porte* (5), etc. Ces diverses
présentent quelques particularités qui tiennent aux organes et aux fonc-

est, *Archives générales de médecine*, 4e série, 1847, t. XV, p. 1 et suiv.
er, *Bulletins de la Société anatomique*, 1846.
ack, *Prov. med. and surg. Journal*, 1847.
ruelle, *Bulletins de la Société anatomique*, 1840.
iret, *Union médicale*, 31 mai, 2 et 5 juin 1849.

tions principalement affectés; nous mentionnerons, soit dans ce chapitre, ı d'autres, les *phlébites locales* qui offrent quelque intérêt.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

D'après la description précédente, on voit que, relativement à la *marc* maladie, le cours de la phlébite doit être divisé en deux parties distinctes. se manifestent les accidents locaux. Lorsqu'ils succèdent à une grande opér à l'accouchement, ils s'annoncent par des symptômes intenses qui sont toujours des phénomènes de réaction. Ceux-ci vont en croissant, de telle so est souvent difficile de distinguer le passage de l'inflammation suppurative à tion purulente. Dans plusieurs cas même, on peut admettre que celle-c presque dès le début, et que le passage du pus dans le sang a lieu très rapi Lorsqu'au contraire la phlébite est causée par une lésion légère, une saign petite plaie, on voit les symptômes, bornés pendant plusieurs jours à un étendue, faire ensuite des progrès plus ou moins rapides, et souvent alors sentent des phénomènes qui indiquent le début de l'infection purulente, les frissons, l'agitation extrême, le délire, l'abattement, etc. En somme, ı dire que la phlébite suppurative a en général une marche continue, quoiqu certaine époque les symptômes puissent presque tout à coup se multiplier et un haut degré d'intensité.

Quant à la phlébite adhésive, sa marche est beaucoup plus simple. Elle progrès jusqu'à ce que les caillots aient complétement oblitéré la veine; ı bout d'un temps variable, l'inflammation cesse, les vaisseaux veineux rest strués et durs pendant un temps quelquefois assez long, et l'on observe le ptômes consécutifs de cette oblitération, l'œdème en particulier.

Il n'a été fait aucun travail pour déterminer la *durée* de cette maladie. I cas de phlébite avec infection purulente, elle peut être fort courte; rarem se prolonge au delà de cinq à dix jours. Dans les cas de phlébite adhés contraire, elle peut traîner en longueur. Les symptômes inflammatoires dis sent, il est vrai, au bout de quatre à huit jours; mais la perméabilité de la ne s'observe souvent que très tard, et par conséquent les symptômes auxquels lieu l'oblitération se prolongent beaucoup.

Dans la phlébite suppurative, la *terminaison* ordinaire de la maladie est la Les symptômes, au lieu de s'amender, deviennent de jour en jour plus int Un abattement profond, la petitesse extrême du pouls, le froid des extrémit sueurs visqueuses, les selles fétides, précèdent de peu de temps la termi fatale. Cependant il est des cas heureux où, bien que l'infection purulente so dente, la guérison a lieu. Vidal (de Cassis) a rapporté (1) un cas très remarq de guérison d'une phlébite survenue chez un vénérien, à la suite d'une saign qui avait donné lieu à tous les symptômes de l'infection purulente (abcès mult crachats purulents, selles purulentes, frissons répétés, etc.). Le traitement co dans l'administration d'un décigramme de sulfate de quinine chaque jour, de de bouillons, de potages, et de loin en loin, d'eau de Sedlitz. Plus tard on a

(1) *Annales de la chirurgie*. Paris, 1845, t. XV, p. 11 et suiv.

*timé* uni à l'opium, et dès ce moment la diarrhée diminua. Bérard, ı, Sédillot et Jobert ont vu aussi des cas de guérison.
hlébite adhésive, au contraire, la guérison est la terminaison ordinaire. louleur cesse, puis le gonflement des parties qui environnent la veine; t peu à peu le cordon veineux diminuer de dureté et de grosseur, jus-'enfin il ne soit plus sensible au toucher; alors la circulation s'est réta-rare que les choses se passent autrement. Presque toujours, en effet, vu les veines réduites à l'état de cordons fibreux et celluleux, c'est qu'il s le voisinage une maladie organique profonde qui avait entretenu long-ammation adhésive.

## § V. — Lésions anatomiques.

ns *anatomiques* sont nombreuses, et ont été décrites avec soin. Comme ticles précédents, nous nous contenterons d'une indication rapide.
re dans le point de la veine primitivement affecté d'abord des caillots hérents par un point de leur surface aux parois vasculaires, contenant ı, dans leur intérieur, des foyers purulents. D'après les recherches de ', ces caillots sont limités ordinairement par les valvules; quelquefois ils peuvent s'étendre assez loin. On a vu, dans certains cas, des caillots se former ainsi dans différents points d'une veine ou dans plusieurs fois. A une époque avancée de la maladie, ils se décolorent, deviennent et de plus en plus durs. Lorsque du pus s'est produit dans leur intérieur, t autour de ce foyer une digue qui, d'après M. Tessier, empêche le pus r dans la circulation, et qui, au contraire, d'après M. Cruveilhier, se ı une certaine époque de la maladie, et permettrait ainsi le mélange du ng. Nous n'avons point de faits qui viennent à l'appui de cette dernière Dans d'autres cas, au lieu de véritables caillots, on trouve dans la veine ge de pus et de sang de consistance variable, ordinairement en bouillie se; et quelquefois enfin un véritable pus qui, comme dans le cas cité par ıu, peut sans obstacle se mélanger au sang et être reconnaissable à une le distance du point primitivement lésé.
ı M. Cruveilhier, on n'observe pas dans les parois veineuses des traces de inflammation, et, pour lui, la rougeur des membranes est un simple effet ne. Cependant, nous trouvons dans les observations que nous avons ras- plusieurs lésions qui appartiennent évidemment à l'inflammation. Sans rsque la rougeur existe seule et qu'elle pénètre les parois vasculaires dans r profondeur, on peut la regarder comme l'effet d'une simple imbibition; s quelques cas, la coloration rouge ou brune ne se rencontrait que dans rane interne, et en outre on observait l'épaississement, la dureté, la fria-ı parois. Dans un cas recueilli par M. Henri Martin, il y avait dans certains n ramollissement qui était d'autant plus remarquable, que les portions étaient dures et épaissies.
bcès nombreux se rencontrent dans le parenchyme des organes, dans le laire et dans les articulations. Les premiers sont remarquables par la : dont ils se développent. On aperçoit d'abord des taches ecchymotiques d'un

rouge sombre, et plus résistantes que le tissu environnant; puis ces taches prennent une teinte jaune rougeâtre, et, en les examinant attentivement, on voit qu'elles sont formées par du pus infiltré. Plus tard, la couleur jaune domine, et alors il existe un grand nombre de petits foyers purulents, sans que le noyau ait notablement perdu de sa dureté. Enfin tous ces foyers se réunissent en un seul, dans lequel on trouve un pus tantôt couleur lie de vin et sanieux, tantôt jaune et bien lié. On a voulu comparer ces noyaux purulents à des tubercules, mais il suffit de cette description pour montrer combien sont grandes les différences. Dans le tissu cellulaire, les abcès ne présentent rien de remarquable, si ce n'est assez souvent l'infiltration d'une sérosité purulente, ou d'un véritable pus constituant le *phlegmon diffus*. Dans les articulations, tantôt on trouve du pus accumulé, sans que l'intérieur de la cavité ait subi des altérations bien notables; tantôt, au contraire, on observe une production de fausses membranes, des altérations des cartilages, en un mot des désordres plus ou moins profonds.

Enfin on a trouvé dans les os, dans le cerveau, dans les méninges, des traces de suppuration; dans l'intestin, des ulcérations siégeant en dehors des plaques de Peyer; dans l'utérus, un ramollissement purulent ou gangréneux; dans le sang, la présence du pus. Cette multitude de lésions rend parfaitement compte du grand nombre de phénomènes graves observés pendant la vie.

En général, la phlébite ne présente pas de grandes difficultés sous le rapport du diagnostic. Cependant il est des cas où les phénomènes peuvent induire en erreur l'observateur le plus attentif. Étudions séparément, sous ce point de vue, la phlébite adhésive et la phlébite suppurative.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

1. La *phlébite adhésive* est une maladie presque toute locale, ne déterminant qu'une réaction ordinairement peu intense. On ne saurait par conséquent la confondre avec les maladies fébriles violentes, remarquables surtout par leurs symptômes généraux. On ne voit donc guère d'affection qui puisse la simuler, si ce n'est l'*inflammation des vaisseaux lymphatiques*, et un *phlegmon commençant*. La phlébite se distingue de la *lymphangite* par la direction des cordons affectés, par leur dureté, leur grosseur et leur profondeur. On sait, en effet, que l'inflammation des vaisseaux lymphatiques détermine surtout une rougeur plus ou moins étendue, superficielle, avec des traînées rougeâtres qui tendent à constituer une rougeur diffuse. Le toucher vient encore faciliter ce diagnostic. Dans l'inflammation des veines, on sent le cordon dur et noueux, tandis que dans celle des vaisseaux lymphatiques on ne trouve rien de semblable. C'est ce qui a fait dire à M. Velpeau que l'on voyait l'inflammation des lymphatiques plutôt qu'on ne la sentait, et que l'on sentait, au contraire, l'inflammation des veines plutôt qu'on ne la voyait. Dans l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, on trouve, à une plus ou moins grande distance du point primitivement affecté, et en suivant le cours de la lymphe, des ganglions gonflés et douloureux, ce qu'on n'observe pas dans la phlébite, à moins de complication. Ces différences sont, comme on le voit, très notables, ce qui nous permet de dire encore, avec M. Velpeau, que le diagnostic de ces deux affections ne pourrait être vraiment difficile que dans les cas où elles se compliqueraient l'une l'autre.

mon se développait au-dessus d'une grosse veine, on pourrait à l'inflammation du vaisseau; mais la douleur plus vive, le gon-nsidérable, l'absence des cordons noueux, lèveraient bientôt tous

*bite suppurative* survient *après une opération* ou *après une lésion veines*, la succession des symptômes ne laisse aucun doute sur la ction. Dans les cas où elle suit l'accouchement, il n'y a pas ordinai-des difficultés; dans quelques-uns cependant, les principaux sym-maladie ont existé sans que l'on ait trouvé de phlébite après la t un sujet que nous avons traité dans l'histoire de la fièvre puer-pourrait donc éprouver de difficultés dans le diagnostic, que si onde s'enflammait spontanément, ou par suite des progrès d'une e des parties voisines, un cancer, par exemple.

*ébite spontanée des grandes cavités* est purement *adhésive*, on ne a existence qu'aux phénomènes secondaires auxquels elle donnera épanchement de sérosité dans l'abdomen et dans les membres infé-

aire, la *phlébite est suppurative* et qu'*elle se termine par l'infection* peut, au premier abord, la prendre pour une autre maladie fébrile, lde, par exemple. Mais en examinant plus attentivement la marche on évitera l'erreur, surtout si l'on a égard à ce précepte de Chomel, se développe un mouvement fébrile intense, avec des accidents ic l'agitation, le délire, l'abattement, etc., on doit, si l'on ne trouve int de l'économie quelque lésion qui rende compte de ces phéno-ribuer aux abcès multiples auxquels une phlébite suppurative peut

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

*Signes distinctifs de la phlébite et de la lymphangite.*

| PHLÉBITE. | LYMPHANGITE. |
|---|---|
| noueux, plus ou moins pro-*ur* superficielle très notable. | *Traînées rougeâtres*, superficielles, entre-croisées, tendant à former une *rougeur dif-fuse*. |
| qu'elle ne se voit (Velpeau). | *Se voit* plutôt qu'elle ne se sent (Velpeau). |
| parties situées *au-dessous* de | *Gonflement et douleur des ganglions* situés *au-dessus* du point primitivement affecté. |

*nes distinctifs de la phlébite et d'un phlegmon commençant.*

| PHLÉBITE. | PHLEGMON. |
|---|---|
| *de.* | Douleur *vive*. |
| *édiocre.* | Gonflement *considérable*. |
| *ux.* | *Absence de cordon* noueux. |

liagnostics ne sont pas assez importants ou assez précis pour entrer n.

— Après tout ce qui a été dit plus haut, il est inutile d'insister sur

le pronostic. Il est évident que la phlébite adhésive n'a qu'une gravité n
cependant, si l'inflammation est entretenue longtemps par une maladie
voisine, l'adhésion peut devenir définitive; la veine s'oblitère entièrement
des épanchements de sérosité très rebelles, dont nous parlerons plus ta
à la phlébite suppurative, elle est extrêmement grave. La fréquence et la
du pouls, l'abattement extrême des forces, le froid des extrémités, les m
queuses, les selles involontaires, annoncent une mort prochaine.

§ VII. — Traitement.

Le *traitement* de la phlébite est, comme dans tant d'autres maladies, le
son histoire le moins bien étudié. On trouve la cause de cette pénurie de l
dans le peu de gravité de la phlébite adhésive, qui rend son traitement pe
tant, et au contraire dans la gravité extrême de la phlébite suppurative a
tion purulente, qui rend le traitement si souvent inutile. Nous allons passer
les divers moyens recommandés, regrettant de n'avoir que des renseignem
précis à présenter.

Dans les cas de *phlébite adhésive simple*, le traitement consiste uniqu
quelques *émissions sanguines* et en *applications émollientes*. Sous l'infl
ces seuls moyens, on voit ordinairement l'inflammation tomber et la veine r
sa perméabilité. Dans le cas où cette terminaison heureuse tarde trop à se
et où l'inflammation de la veine persiste avec les phénomènes qui en sont
tels que l'œdème et la stase du sang au delà du point affecté, on mettra
les divers moyens qui seront indiqués à l'article *Phlegmatia alba dolens*,
qui a pour *cause constante* l'inflammation adhésive des veines. Nous n'i
donc pas davantage sur le traitement de cette espèce de phlébite.

Dans les cas de *phlébite suppurative*, tous les auteurs s'accordent à
mander un traitement très actif dès le début de la maladie, et avant que l
d'infection purulente se soient manifestés; car à cette époque la maladie est
comme presque nécessairement mortelle.

Si une plaie faite à la veine s'enflamme et donne lieu aux symptômes lo
cédemment indiqués, c'est dans ce point qu'il faut d'abord porter les mo
rapeutiques. Si c'est une plaie vaste, le pansement et les mêmes moyens
les cas de lésion d'une veine seront également les premières indications à

*Émissions sanguines.*—Les *saignées* copieuses, fréquemment répétées
de l'affection, ont été préconisées par tous les auteurs. Dance, Blandin,
veilhier, ont fortement insisté sur ce moyen. Quatre, six et même huit sai
400 à 500 grammes ont été pratiquées à douze ou vingt-quatre heures de
Malheureusement on ne voit pas, dans les observations, que ce traitement
duit une amélioration durable. Dans un cas rapporté par Dance, on pra
saignées copieuses en six jours. Il y eut d'abord une amélioration assez
mais qui ne dura pas plus de vingt-quatre heures, et les symptômes r
ensuite toute leur intensité. C'est donc la théorie plutôt que l'expérience
recommander la saignée générale. Il est à désirer que de nouvelles obs
viennent définitivement nous fixer sur sa valeur. Les *saignées locales* se
employées avec moins d'énergie. Un nombre très considérable de sangs

r quelques médecins; mais, en général, quinze, trente ou quarante ont es dans le cours de la maladie. C'est principalement lorsque la phlébite se lésion de la veine elle-même, comme dans la saignée, que l'on insiste ren, et alors on recommande d'appliquer les sangsues entre le point et l'organe central de la circulation, afin de prévenir l'extension de l'in-suivant le cours du sang. Si par conséquent celle-ci fait des progrès s, à chaque nouvelle application de sangsues on devra constater le point l'inflammation, afin de les placer un peu au delà. Dans plusieurs cas, on e cette manière à arrêter une phlébite qui semblait d'abord marcher rès grande rapidité. Malheureusement les auteurs ne nous ont pas rap-bservations avec les détails nécessaires. Les *ventouses scarifiées* peuvent uées en assez grand nombre autour du point enflammé. Si l'on en croit :, ces moyens pourraient avoir l'inconvénient d'augmenter l'irritation rent combattre; mais cette assertion paraîtra entièrement dénuée de ceux qui examineront les observations, attendu que l'aggravation des s peut tout aussi bien, et plutôt même, être attribuée aux progrès de la l'à l'emploi des émissions sanguines locales.

*tions émollientes ou narcotiques.* — En même temps que l'on pratique ns sanguines, on applique sur le point enflammé de larges cataplasmes ou narcotiques, on prescrit des bains locaux dans l'eau de guimauve; en n cherche à enlever l'irritation locale par tous les moyens qui complètent nt antiphlogistique.

*re prompte des abcès.* — Un précepte important, et qu'on ne doit jamais 'est qu'il faut ouvrir promptement une issue au pus qui se forme, soit ine, soit à son pourtour. C'est surtout lorsque le liquide purulent com-avec l'ouverture béante des veines, qu'on doit s'attacher avec le plus de ter cette communication; car c'est avant la formation des caillots denses tion purulente peut être le plus facilement causée par la phlébite.

*ssion de la veine.* — Pour prévenir cet accident si redoutable, on a eu ours à plusieurs moyens : le premier consiste dans la compression de la de au-dessus du point enflammé. D'abord proposée par Hunter, la com-i été ensuite recommandée par Dance; mais aucun fait n'est venu en efficacité. C'est donc, comme le fait remarquer Joseph Frank, une idée dont l'expérience n'a pas encore confirmé la justesse. Toutefois on ne ourquoi, en l'absence des faits, on pourrait dire avec ce dernier et avec qu'il faut rejeter cette indication hypothétique : c'est à l'observation en appeler. C'est là ce que nous disions dans la première édition de cet et le fait suivant tend à prouver que ce n'était pas sans raison. M. Kem-, ayant soigné un homme qui avait eu trois phlébites à la suite de trois appliqua pendant deux jours un *bandage compressif*, et tint *le bras dans on presque verticale*; cette fois, il n'y eut pas de phlébite. Après une ez courte de la maladie, on ne doit plus guère compter sur un pareil ar alors les caillots durs qui obstruent la veine s'opposent bien plus sûre-mélange du sang et du pus que ne peut le faire la plus forte compression.

*nal des connaissances médico-chirurgicales*, juin 1845.

*Section de la veine.* — Joseph Frank adopte un second moyen qui a été par Breschet : c'est la section de la veine au-dessus du point enflammé. On pas se prononcer sur une pareille opération en l'absence d'observations q en fassent connaître la valeur.

*Cautérisation avec le fer rouge.* — M. Bonnet (de Lyon), ayant remarqu ficacité des principaux moyens, et surtout des sangsues, a eu recours au actuel, et dans un grand nombre de cas il a vu s'arrêter sous cette influe phlébite qui avait une grande tendance à gagner les parties internes. Réce M. le docteur Devaux (1) a rapporté un cas semblable. Le cautère doit êtr qué au-dessus des limites de l'inflammation. Il ne paraît pas nécessaire qu'i très profondément, puisque, dans le cas cité par M. Devaux, l'épiderme se été intéressé dans la cautérisation; cependant, pour plus de sûreté, il vau agir profondément. Dans la *phlébite suite d'une saignée*, M. Gendrin (2 les bons effets du *vésicatoire* appliqué immédiatement au point correspond piqûre; mais les preuves de l'efficacité de ce traitement nous manquent.

Tels sont les moyens mis en usage pour prévenir l'infection purulente. A que dès que le malade présente les premiers accidents de la phlébite, il faut de lui faire respirer un *air pur* et fréquemment renouvelé, et de *le soust l'action des miasmes* qui résultent de l'encombrement, surtout dans les s chirurgie, afin de prévenir cette tendance à la suppuration, dont M. T signalé toute la force par de nombreux exemples.

Lorsque, malgré toutes les précautions, l'infection purulente s'est décl mal est presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Cependant on pas se décourager, et il faut continuer avec énergie le traitement. De l'avis les auteurs on doit *cesser les émissions sanguines*, qui ne feraient qu'a inutilement le malade, et avoir recours aux moyens suivants, dont l'action générale.

*Vomitifs.* — Les vomitifs énergiques ont été assez fréquemment pres c'est le *tartre stibié à haute dose*, comme dans la pneumonie (voy. art. *monie*), qui a été ordinairement mis en usage. Il est impossible encore de guer, dans les observations, l'effet de ce médicament, qui a été administré perturbateur. Cependant nous dirons que M. Léon Gigot (3) cite une obse dans laquelle le tartre stibié a amené une amélioration notable. La maladi fait des progrès incessants, quoiqu'on eût employé auparavant les émissio guines et les onctions mercurielles.

*Purgatifs.* — Les purgatifs ont été également prescrits, mais nous n'avo core rien de positif à dire sur leurs effets. Le *calomel*, dont l'action est con est employé de préférence par quelques médecins dans une maladie où les m riaux ont été regardés comme pouvant jouir d'une certaine efficacité. Dans l observés par M. Trezzi et par Blandin, ce médicament n'a paru avoir a influence sur la marche de l'affection.

*Diurétiques.* — Ces médicaments ont été administrés à très haute dos *nitrate de potasse*, en particulier, a été mis assez fréquemment en usage. Jos. F

(1) *Bulletin de thérapeutique*, septembre 1843.
(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 15 novembre 1852.
(3) *Bulletin de thérapeutique*, 30 octobre 1852.

pense qu'il serait utile de l'unir à de petites doses de camphre ; mais cet auteur ne cite aucun fait qui vienne à l'appui de son assertion. Tout reste donc encore à faire sur l'emploi des diurétiques.

*Toniques.* — On a recommandé aussi l'emploi des toniques fixes ou diffusibles. Parmi ces derniers, l'*acétate d'ammoniaque* est particulièrement indiqué par M. Cruveilhier. On peut prescrire la formule suivante :

> ℞ Racine de bardane........ 30 gram. | Eau.................... 500 gram.
>
> Faites macérer pendant une heure, passez et ajoutez :
>
> Sirop sudorifique........... 30 gram. | Esprit de Mindererus......... 30 gram.
>
> A prendre par grands verres dans la journée.

*Douce-amère.* — Joseph Frank, convaincu, dit-il, que la *douce-amère* agit d'une manière toute spécifique sur les veines, a une grande confiance dans ce médicament ; mais encore ici l'observation est entièrement muette, et l'on peut dire de cette idée de Jos. Frank ce qu'il disait lui-même relativement à la compression de la veine, que c'est une indication tout hypothétique. Cette substance est prescrite en infusion à la *dose de* 15 *à* 30 *grammes dans* 500 *grammes d'eau.*

Dans ces derniers temps, M. Tessier a préconisé l'*alcoolature d'aconit*, qui, selon lui, aurait non-seulement une vertu curative, mais encore une vertu préventive.

*Moyens divers.* — Restent maintenant quelques autres moyens, tels que les bains *de vapeur*, les *affusions*, les *lotions froides*, recommandées par Frank, les frictions *mercurielles*, les *boissons acidulées*, etc. Ces moyens, qui ne nous présentent pas plus de certitude que les précédents, méritent seulement d'être mentionnés.

*Résumé, ordonnances.* — On voit que rien n'est moins précis que le traitement de la phlébite. Nous avons dû en faire ressortir toutes les incertitudes, afin qu'on ne s'arrête pas dans des recherches qui peut-être un jour nous conduiront au but que nous n'avons pu atteindre. Les moyens locaux exceptés, on peut dire que tous ceux qui ont été préconisés par les auteurs sont fondés plutôt sur des idées théoriques à vérifier que sur les résultats d'une saine expérience. C'est pourquoi nous ne multiplierons pas les ordonnances dans un sujet où l'on ne peut pas d'une manière précise tracer au praticien la conduite qu'il doit suivre.

### Ire Ordonnance.

#### DANS UN CAS DE PHLÉBITE COMMENÇANTE, AVEC MENACE DE SUPPURATION.

1° Pour boisson, infusion de bardane édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Saignée abondante plusieurs fois répétée, à moins que des phénomènes généraux et la présence d'abcès dans un point éloigné ne soient venus en démontrer l'inutilité.

3° Sangsues en grand nombre aux environs du point affecté, et principalement entre ce point et le centre de la circulation.

4° Large cataplasme émollient, fomentations émollientes sur le point enflammé.

Si la douleur était très vive, on se servirait, pour délayer le cataplasme, d' décoction de têtes de pavot, de feuilles de belladone ou de datura strame

5° Ouvrir promptement toute collection purulente qui peut s'être for l'intérieur de la veine ou communiquer avec elle.

6° Légers minoratifs pour entretenir la liberté du ventre.

7° Diète absolue, repos au lit; soustraire le malade aux miasmes ré l'encombrement; renouveler fréquemment l'air de sa chambre.

#### II° Ordonnance.

DANS UN CAS OU LES SIGNES DE L'INFECTION PURULENTE SE SONT MANIFE

1° Pour boisson, infusion de bourrache sucrée.

| | | |
|---|---|---|
| 2° ℞ Quinquina en poudre... | 10 gram. | Teinture de quinquina......... |
| Décoction de quinquina. | 120 gram. | Sirop de sucre................ |

Mêlez. A prendre par cuillerées.

3° Tartre stibié à haute dose; purgatifs énergiques avec l'aloès, l gomme-gutte, etc.

4° A l'intérieur, calomel à la dose de 0,40 à 0,50 gram. par jour mercurielles sur les membres ou sur l'abdomen.

5° Diurétiques à haute dose, et particulièrement le nitrate de potas de 5 à 15 grammes dans 500 grammes de liquide.

6° Mêmes précautions hygiéniques que dans le cas précédent.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, topiques émollients et narcotiques; ouverture p abcès, compression, section de la veine, cautère actuel; vomitifs, pur rétiques; toniques diffusibles ou fixes, douce-amère (Jos. Frank), d'aconit; bains de vapeur partiels, affusions froides; mercuriaux, reno de l'air.

## ARTICLE II.

### PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

On verra dans le cours de cet article que des observations récentes on l'existence constante d'une phlébite dans la maladie qui va nous occupe phlébite est, dans le plus grand nombre des cas, la première lésion q feste à l'observation, et que, dans les cas mêmes où elle se produit ap accidents, elle précède constamment le gonflement, l'œdème douloure symptômes, en un mot, qui ont fait donner son nom à la maladie. Il s que nous aurions dû faire entrer la description de la *phlegmatia alba* celle de la phlébite; mais plusieurs motifs nous en ont empêché : d' affection se produit presque toujours dans des conditions particulières; lieu, elle présente quelques phénomènes qui lui sont propres; enfin, e motif qui nous a principalement déterminé, un grand nombre de méd

lans ces derniers temps, M. Duplay (2) a rassemblé dans un mémoire
mbre considérable d'observations où sont exposées les idées des auteurs
Ce travail ayant uniquement pour base l'observation, est celui qui nous
utile dans cet article. Nous y joindrons un extrait de quelques obser-
nous avons empruntées à différents recueils.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

*ition* de la *phlegmatia alba dolens* présente d'assez grandes difficultés.
que l'on trouve à l'autopsie sont, en effet, nombreuses, et, pour les
toutes dans une définition, il faudrait donner une description de la
-même. Nous avons dit plus haut que, réduite à sa plus simple expres-
affection n'était autre chose qu'une phlébite; mais il faut ajouter que
ite s'accompagne de gonflement, d'infiltration de sérosité limpide ou
de douleur dans le membre affecté, pour avoir une idée à peu près
maladie.

premiers temps, on ne connaissait la *phlegmatia alba dolens* que sous
*œdème des nouvelles accouchées*, d'*œdème douloureux des femmes en*
*engorgement des membres abdominaux chez les femmes en couches;*
it, pour démontrer combien ces dénominations sont inexactes, de dire
sède un assez bon nombre d'observations de *phlegmatia alba dolens*
mmes. Les noms de *dépôt laiteux*, *engorgement laiteux* des membres
t, sont encore plus vicieux, puisqu'ils signalent une cause tout à fait
Hosack a adopté le nom de *cruritis;* mais ce nom vague ne saurait
particulièrement à la maladie qui nous occupe. La dénomination de
*alba dolens* est le plus généralement adoptée. Dans ces derniers temps,
Robert Lee (3) a proposé de donner à la maladie le nom de *phlébite*

Suivant M. Bouchut (1), la *phlegmatia alba dolens* n'est pas due à une phlébite, mais à une simple oblitération des veines par ralentissement et coagulation du sang. Ce médecin a apporté des preuves nombreuses en faveur de son opinion ; toutefois c'est un point qui est encore sujet à discussion, et sur lequel nous croyons qu'il ne faut pas se hâter de se prononcer. Remarquons, du reste, que le siége de la maladie est placé par M. Bouchut, comme par M. Lee et par nous, uniquement dans les veines.

La *fréquence* de cette affection n'a guère été recherchée que chez les femmes en couches, et sur ce point les divers observateurs sont arrivés à des résultats très différents. Ainsi, tandis que M. Velpeau a vu la maladie se produire cinq fois sur environ 80 femmes accouchées dans l'ancien hôpital de la Faculté, White ne l'a observée que cinq fois sur 1897 femmes accouchées au dispensaire de Westminster. On ne peut encore rien conclure de ces statistiques, qui ont besoin d'être continuées jusqu'à ce que l'on ait un nombre très considérable de faits. Dans les autres circonstances, la *phlegmatia alba dolens* est une maladie assez rare.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons à ce sujet que des recherches encore peu précises. Relativement à la *phlegmatia* des femmes en couches, on a signalé les *manœuvres intempestives* faites dans l'accouchement, les *saisons froides et humides*, les *écarts de régime*, etc. M. Velpeau a noté une circonstance remarquable : c'est que, dans trois cas où la maladie s'est déclarée à gauche, l'enfant était venu en *première position*, c'est-à-dire que l'occiput correspondait à la cavité cotyloïdienne gauche. La pression exercée par la tête du fœtus aurait-elle favorisé le développement de la maladie ? Remarquons, au reste, que ces causes, rangées parmi les causes prédisposantes, ont pu très bien, dans plusieurs cas, agir comme causes occasionnelles.

Ce n'est point immédiatement après les couches, mais deux ou trois semaines après, que, suivant les recherches de M. Duplay, se développe ordinairement la maladie. Dans l'*Union médicale* (2), on trouve un fait qui prouve que la *phlegmatia alba dolens* peut se développer six ou sept semaines après les couches, et occuper non-seulement les extrémités inférieures, mais encore les *supérieures*. La malade eut une *phlegmatia* de la jambe et du *bras* gauches. Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'avant ces dernières années, on croyait que la *phlegmatia alba dolens* ne pouvait attaquer que les femmes, puisqu'on la regardait comme la suite de l'accouchement : mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, elle a été observée *chez les hommes*, quoique bien plus rarement. Nous n'en connaissons pas d'exemple chez les enfants.

On a observé dans le service de M. Trousseau, à l'hôpital Necker (3), un cas de *phlegmatia alba dolens* survenue au troisième septénaire d'une *fièvre typhoïde*. Nous l'avons vue se produire dans des circonstances semblables ainsi, que chez des *phthisiques*, de sujets affectés de *ramollissement cérébral*, de *cancer de l'utérus*, etc.

(1) *Gazette médicale*. Paris, mai 1844.
(2) 9 février 1847.
(3) Voy. *Bulletin de thérapeutique*, octobre 1846.

C'est presque toujours dans les membres inférieurs que se développe la maladie ; mais les supérieurs n'en sont pas entièrement exempts. Nous en avons cité un exemple plus haut.

### 2° Causes occasionnelles.

*L'impression du froid et de l'humidité*, les *écarts de régime*, un *exercice trop hâtif après l'accouchement*, la *propagation d'une inflammation voisine aux veines du bassin*, sont les causes occasionnelles dont nous connaissons le mieux l'action. Au reste, sous ce rapport, la phlébite qui donne lieu à la *phlegmatia* ne diffère pas sensiblement de la phlébite ordinaire. Chez les hommes comme chez les femmes, on a vu la maladie occasionnée par un *cancer du rectum* (Lawrence) ; des *ulcérations intestinales* (R. Lee) ; l'*introduction d'une sonde dans la vessie*, donnant lieu à une inflammation des veines de la prostate, qui s'est ensuite étendue (Cruveilhier) ; des *blessures des veines*. Une *tumeur de l'ovaire* peut déterminer son développement : j'en ai vu deux exemples. Enfin, nous l'avons vue se produire *spontanément*, tous les viscères autour de la veine malade étant dans un état d'intégrité parfaite.

## § III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la *phlegmatia alba dolens* ne nous arrêteront pas très longtemps, parce qu'un grand nombre d'entre eux, appartenant à la phlébite, ont été décrits plus haut.

*Début.*—D'après les observations rassemblées par M. Duplay, et qui portent principalement sur l'œdème des nouvelles accouchées, la maladie peut débuter par des frissons plus ou moins violents, plus ou moins répétés, ou bien par la douleur locale dont le siége est alors dans un des côtés du bassin. Lorsque la *phlegmatia alba dolens* occupe une autre partie du corps, le membre supérieur par exemple, le début peut être le même; seulement les symptômes locaux se montrent dans un point quelconque de la hauteur du bras. Ces symptômes commencent par une douleur qui, le plus souvent fixée dans le ventre, s'étend ensuite aux membres, et parfois on a pu soupçonner alors le début d'une péritonite. Enfin, on a cité des cas où la *phlegmatia* s'est montrée dans un membre avec tous ses caractères, sans avoir présenté de symptômes généraux et sans que les symptômes locaux aient débuté dans l'abdomen. Nous en avons maintenant sous les yeux un exemple chez une femme affectée de tumeur de l'ovaire, et chez laquelle la *phlegmatia* a commencé évidemment par une phlébite des veines superficielles de la cuisse.

*Symptômes.*—La *douleur* est un des symptômes les plus constants de la *phlegmatia alba dolens*. Elle varie dans sa forme, son intensité et son siége. Tantôt aiguë, lancinante, tantôt sourde, profonde, quelquefois semblable à un engourdissement, elle peut occuper toute l'étendue du membre ou rester bornée à un point assez limité ; mais toujours, chose digne de remarque, elle suit le trajet des vaisseaux cruraux. Quand elle est limitée, c'est souvent au pli de l'aine, dans l'espace poplité et au mollet qu'on la trouve. Cette douleur est exaspérée par la pression et par les mouvements, qu'elle rend souvent impossibles.

Le *gonflement* est un symptôme constant de la maladie. Il est rare qu'il commence à se montrer ailleurs que dans le point occupé par la douleur. Quelquefois

cependant il envahit une partie assez éloignée, mais toujours entre le point reux et les dernières ramifications veineuses. De quelque manière qu'il a mencé, il ne tarde pas à gagner toute la partie du membre située au-des point affecté. Il procède presque toujours, dans sa marche, de ce point extrémités. Ce gonflement est ordinairement considérable, et quelquefois le membre doubler de volume. Alors la partie malade est tendue; la pe recouvre est blanche, lisse, et l'on a de la peine à imprimer dans les tissus qui les presse, ou même on ne peut y parvenir. Lorsque l'inflammation seaux n'occupe qu'une partie limitée, l'*œdème*, qu'on observe à l'extré membre, diffère beaucoup moins de l'œdème ordinaire que celui qui oc environs de la veine enflammée.

Sur la *couleur d'un blanc mat* que présente la peau, on voit souvent d *rougeâtres* le long des vaisseaux, ou bien des taches rouges. Le docteur R y a vu des vésicules noirâtres, et M. Salgues, dont l'observation a été M. Duplay, a noté l'apparition de phlyctènes qui, en se rompant, laiss le derme sphacélé; mais dans le plus grand nombre des cas, la peau ne point d'altération sensible, à moins que la pression du membre sur le lit occasionné l'inflammation, ce que l'on remarque quelquefois, surtout au t

Le plus souvent la *chaleur* de la peau est augmentée dans les points occ l'œdème. Ce symptôme s'observe surtout dans les cas où celui-ci s'est d rapidement, où il est très douloureux, et où les lésions inflammatoires so pliées.

Déjà Levret, Gardien, et plusieurs autres, avaient constaté l'existence d *don dur*, *noueux*, douloureux, le long du trajet des vaisseaux cruraux; n'avaient point attribué l'existence de ce cordon à l'inflammation et à l'i des veines, car ils le regardaient comme le résultat de l'inflammation des tiques superficiels. L'existence de ce cordon est un des signes les plus in de la maladie. Tantôt il suit assez exactement le trajet de la veine fémora il est très sinueux et occupe alors les veines superficielles. Chez la femme d avons parlé plus haut et dont nous observons actuellement la maladie, il s'e au milieu de la partie interne de la cuisse, un cercle parfait de 7 à 8 ce de diamètre, et constitué par un cordon dur, saillant, présentant à d'ass distances des nœuds très sensibles au toucher.

Ce cordon est un indice évident de la phlébite et de la coagulation du s la veine. Dans quelques cas, et Lugol (1) en a cité un exemple remarquable toutes les veines d'un des membres inférieurs deviennent ainsi dures et dans une grande étendue; dans d'autres, au contraire, comme dans l nous venons de citer, un point assez limité est occupé par la phlébite.

Des *traînées rougeâtres* se rendent aux ganglions lymphatiques tuméfi loureux, lorsque les vaisseaux lymphatiques participent à l'inflammation; symptôme est loin d'être constant.

Enfin, pour terminer cette description des symptômes locaux, nou ajouter que parfois on voit des abcès se développer dans le membre affect érysipèle, des eschares gangréneuses peuvent s'y montrer, et que la mal quiert alors une gravité non douteuse.

(1) *Journal des progrès*, t. XIV.

. que les symptômes locaux se manifestent et se développent, l'*état fébrile* persiste s'il avait apparu primitivement : mais comme sous ce rapport *tia alba dolens* ne présente rien qui diffère de ce que nous avons trouvé lébite, nous renvoyons à la description de cette dernière pour les symnéraux.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

he de la *phlegmatia alba dolens* est continue. Celle des premiers symst-à-dire des symptômes réellement inflammatoires, est ordinairement n'en est pas de même des symptômes consécutifs à la phlébite, c'est-àdème, de l'infiltration séreuse ou séro-purulente, des abcès du memqui peuvent persister longtemps. Il en résulte que la durée de l'affection être, dans l'état actuel de la science, indiquée d'une manière précise. se dissiper en vingt ou trente jours, ou durer plusieurs mois. Ce qui les cas augmente beaucoup la durée de la maladie, c'est son passage bre à l'autre. Ce fait a été observé maintes fois, sans qu'on ait pu trous veines du bassin des traces de la progression du mal. Dans un nombre idérable de cas, l'affection se termine par la résolution. En pareil cas, diminue d'abord ; le mouvement fébrile tombe, et le malade peut imlégers mouvements au membre, sans souffrir beaucoup. La douleur à la ersiste cependant encore, mais à un bien moindre degré, puis le gonfleinue, et l'on a remarqué que cette diminution a lieu d'abord dans la membre affectée la première. Ensuite, s'il ne survient pas de nouveaux le membre revient peu à peu à son état naturel, sauf toutefois le point r le cordon noueux induré, qui ne s'assouplit que très lentement, et dont tés peuvent encore être senties longtemps après qu'une diminution noedème a annoncé la cessation de l'inflammation. Dans le cas que nous cité, le cordon noueux, qui, dans le fort de l'inflammation, présentait ur d'un rouge foncé, a pris, quand les symptômes aigus sont tombés, plus blanche que les parties environnantes.

le cordon veineux reste ainsi dur, volumineux, et par conséquent obaurait peine à comprendre la diminution de l'œdème, si, dans un certain cas, on n'observait une circulation collatérale plus ou moins manifeste. y a cité à ce sujet quelques observations intéressantes empruntées à MM. Amsteim et Robert Lee, mais qu'il serait inutile de rappeler ici.

re que l'œdème diminue, on voit la partie tuméfiée conserver plus facimpreinte du doigt, et l'infiltration prendre par conséquent les caractères ne ordinaire.

u bout d'un temps ordinairement assez long, l'œdème a disparu, le cordon se sent plus, et de deux choses l'une : ou la veine s'est oblitérée, ou la s'est rétablie dans son intérieur. Dans le premier cas, la circulation colentionnée plus haut vient y suppléer ; mais quelquefois elle est insuffion a vu se former alors des collections séreuses sur lesquelles M. Bouillaud lement attiré l'attention et dont il sera question plus tard.

ation des abcès et l'apparition des autres accidents déjà indiqués vien-

nent souvent entraver cette terminaison et prolonger outre mesure la
l'affection. Ces lésions sont quelquefois si graves, notamment quand ell
duisent dans l'intérieur du bassin, qu'elles déterminent la mort, qui est
quefois causée par une gangrène consécutive, comme on le voit dans le
tions de Manne, citées par M. Gerhard (de Strasbourg) et mentio
M. Duplay.

### § V. — Lésions anatomiques.

La lésion anatomique la plus importante est, sans contredit, l'inflam
veines. On a trouvé dans les vaisseaux toutes les lésions indiquées da
*Phlébite*, et qu'il serait inutile de rappeler ici. Les observateurs les plus
ont constaté l'existence de cette inflammation *dans tous les cas*, et dans
vations connues on peut suivre très facilement la succession des phéno
se passent d'abord dans la veine et plus tard dans les tissus environna
trouvé cette inflammation aussi bien dans les cas de *phlegmatia alba dol*
vés chez les femmes en couches que dans ceux où la maladie était due à
du bassin, ou à toute autre cause locale, soit chez les hommes, soit chez le
Depuis dix ans que mon attention est fixée sur ce point, et pendant les
avons vu des cas nombreux de *phlegmatia* dans les circonstances les pl
*nous n'avons pas trouvé une seule exception à cette règle.* Il faut donc
que c'est là la lésion essentielle, la lésion propre à la *phlegmatia alba*
bien que la description de la maladie n'ait point dans les auteurs toute la
désirable, le fait que nous venons de signaler, et qui avait déjà frappé MM
Bouillaud, Andral (1), a été mis hors de doute par les recherches de M
Lee et Duplay.

Les lésions des ganglions et des vaisseaux lymphatiques ne sont pas r
vrai, mais elles ne sont pas constantes. Elles ne se lient pas, comme les
veines, aux principaux symptômes observés; elles sont souvent consé
ne méritent pas par conséquent l'importance que leur ont attribuée certai
Ces lésions sont celles de l'inflammation, qui sera décrite dans un artic

Les lésions de l'utérus et de ses annexes s'observent chez les femme
ment accouchées; elles sont décrites à l'article *Fièvre puerpérale.*
symphyses se remarquent également dans les mêmes circonstances. M
les a notées dans les cas soumis à son observation; mais bien qu'elles
importance réelle, puisqu'elles peuvent avoir été le point de départ de
en communiquant l'inflammation aux veines voisines, elles ne sauraient
une lésion anatomique essentielle, car la *phlegmatia alba dolens* se m
des cas où les symphyses sont parfaitement saines.

Il résulte de ces considérations que la *phlegmatia alba dolens* est véri
une phlébite à laquelle peuvent venir se joindre beaucoup d'autres lésio
saurait plus l'attribuer à une inflammation des vaisseaux lymphatiques,
névrose fascia lata, du tissu cellulaire du membre, ou bien à un simple rh
comme tant d'auteurs l'avaient fait jusqu'à présent.

(1) *Rapport à l'Académie sur le mémoire de M. Velpeau.*

est difficilement accessible à l'exploration, soit que la veine ait une situa-
onde, soit que le membre ait acquis un volume trop considérable. Mais,
cas même, le siége de la douleur, la marche des symptômes et la nature
ne font reconnaître la maladie, en sorte qu'il serait inutile d'entrer dans
rands détails sur ce diagnostic.

stic. — L'affection dont il s'agit est toujours sérieuse, puisque, dans un
ssez considérable de cas, elle peut se terminer par la mort. Toutes choses
illeurs, elle est plus grave chez les nouvelles accouchées que chez les au-
s. Lorsque l'inflammation des veines a une très grande étendue, la mala-
ns alarmante que dans les cas où elle est limitée à un petit espace.
mation d'abcès, d'infiltrations purulentes, l'apparition d'un érysipèle, et
a production de la gangrène, ajoutent beaucoup à la gravité de l'affection.
sque l'infection purulente se manifeste, la mort est, comme on le sait,
névitable.

la guérison de la *phlegmatia*, les veines peuvent rester oblitérées, comme
ons dit plus haut. Cette oblitération produit des infiltrations chroniques,
nséquent la possibilité de ces accidents consécutifs donne à la maladie
ité plus grande.

## § VII. — Traitement.

itement de la *phlegmatia alba dolens* doit être fondé sur les mêmes prin-
celui de la phlébite. Toutefois il présente des particularités qui méritent
nnues. C'est sur ces dernières que j'insisterai, renvoyant à l'article pré-
our ce qui est relatif au traitement de la phlébite elle-même.

### 1° Médication interne.

*ifs.* — Parmi les remèdes internes, nous trouvons d'abord les *vomitifs*,

ce médicament agit comme altérant. Ad. Elias Siebold (1) a observé qu'on pou donner à haute dose sans produire la salivation : 0,50, 0,60 *gram.* par j même 1 *gramme*, seront prescrits dans les cas où la maladie offrira quelq vité. Il est inutile de dire qu'aucun relevé de faits ne nous fait connaître l'e réelle de ce médicament.

Parmi les cas traités par les *purgatifs simples*, il n'en est pas de plus re quable que celui qui a été signalé par Chomel (2), et qui fut observé chez femme en dehors de toute influence puerpérale. Le sujet avait une suppressi règles. On administra un purgatif; les règles reparurent, et les purgatifs ay répétés, l'œdème douloureux ne tarda pas à disparaître. Il est à regretter que observation ne soit pas rapportée avec détail, car on conçoit très bien qu'un développement de l'utérus ait pu déterminer un œdème local d'une tout aut ture que la *phlegmatia alba dolens.*

Des boissons *délayantes* ou *acidulées* sont généralement prescrites d cours de la maladie; mais il est évident qu'elles n'ont aucune efficacité elles-mêmes.

*Narcotiques.* — Lorsque la douleur est très considérable, on ne doit pas h à administrer les narcotiques pour procurer quelques instants de repos aux lades. L'*opium* est le meilleur moyen à employer dans ce but. On a admi également la *jusquiame*, l'*eau distillée de laurier-cerise*, etc.; tous ces m doivent être rangés parmi les simples adjuvants.

*Diurétiques, digitale.* — Lorsque l'œdème existe seul, que l'inflammation dissipée, et que les accidents sont dus principalement à l'oblitération de la v on emploie, pour obvier à la stase sanguine, les diurétiques, que l'on peut p à haute dose : de *4 à 12 grammes de nitrate de potasse dans* 500 *grammes de* *quide*, par exemple. C'est également en pareil cas que la *digitale* a été presc mais, comme son administration ne présente rien de particulier, nous en parler l'occasion des hydropisies. Nous nous bornerons seulement à dire que Groetzner, la regarde comme un spécifique dans l'affection dont il s'agit, la donne en infusi la dose de 0,60 *gram. à* 1gr,25 dans 300 *grammes* d'eau, et que Davin la p crit à la dose de 0,1 *gram. toutes les deux ou trois heures*, en pilules ou une potion.

Nous n'insisterons pas davantage sur toutes ces médications, qui ne nous présent rien de positif; car il ne s'agit pas seulement d'avoir vu guérir sous leur influe présumée un certain nombre de malades affectés de *phlegmatia alba dolens*, que cette affection n'est pas nécessairement mortelle; il faudrait encore pro que cette influence a été réelle, et c'est ce que n'ont point fait les auteurs.

*Iode.* — Le docteur Bacon (3) a indiqué un traitement particulier; il cons principalement dans l'emploi de l'iode prescrit de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| ℞ Iode. . . . . . . . . . . . . . . . 0,025 gram. | Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . . . 45 gram. |
| Hydriodate de potasse 0,50 à 0,75 gram. | |

A prendre en trois fois.

(1) *Handb. zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmer-krankheiten*, etc. Frankf. 1826.
(2) *Revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu* (*Gazette médicale*, t. III, 28 mars 183).
(3) *Gazette médicale*, novembre 1832.

ait des expériences nombreuses pour démontrer le degré d'efficacité d'un moyen.

éral, on peut dire que les effets du *traitement interne* de la *phlegmatia* se sont fort incertains. Aussi est-ce au traitement externe que l'on a le nt recours, et c'est celui qui présente le plus grand nombre de moyens s importants à connaître.

2° Médication externe.

*oires, moxa.* — Les vésicatoires ont été employés par un grand nombre ins. Déjà Boër, à la fin du siècle dernier, avait préconisé ce moyen, qui té mis en usage par plusieurs médecins allemands et quelques français. 'inflammation est très vive, que le membre est très gonflé et très dou- qu'il y a une réaction violente, on doit être prudent dans l'application du e, qui pourrait augmenter l'inflammation au lieu de la calmer. Ce sont les es *volants* qui doivent être appliqués. Il faut les mettre sur le trajet des , et principalement sur les points douloureux. Le *moxa*, employé par it de la même manière. C'est à la partie supérieure de la cuisse, sur le vaisseaux fémoraux, que ce médecin l'appliquait.

ns. — Les frictions médicamenteuses, et principalement les *frictions mer-* , ont été le plus souvent préconisées. Osiander mêlait l'onguent mercuriel ile et à l'huile de jusquiame pour pratiquer des frictions résolutives. *Ces s doivent être mélangées par parties égales.* Que l'on fasse des frictions nt mercurielles ou des frictions composées, il importe de les pratiquer trois fois par jour, et sur une grande étendue du membre affecté. C'est à l'époque où les premiers symptômes inflammatoires sont tombés qu'on ir recours à ce moyen.

*fications.* — Suivant Fricke, des scarifications plus ou moins nombreuses es pour procurer le dégorgement du membre; mais, ainsi que le fait er M. Velpeau, lorsque la veine est enflammée et obstruée, on criblerait re d'ouvertures sans faire disparaître l'engorgement, et, de plus, la ten- l'inflammation qui existe dans les parties affectées peut rendre ces bles- ngereuses. A ces scarifications Fricke (1) joignait les fomentations narco- es frictions mercurielles et les douches d'eau chaude.

*ression.* — La compression a été recommandée par plusieurs auteurs. mier veut qu'on la pratique avec des bandes de flanelle larges de trois ou ravers de doigt, médiocrement serrées, et qu'on a soin de recouvrir avec as gommé. M. Velpeau a obtenu de bons effets de la compression. C'est ment à l'époque où la douleur a cessé et où les symptômes sont unique- s à l'obstruction de la veine, que ce moyen est utile.

*utifs.* — Les fomentations avec le vinaigre, le vin chaud, les compresses s dans l'eau blanche, en un mot les fomentations résolutives sont générale- ses en usage sans qu'on puisse en déterminer l'efficacité. On n'y a recours la fin de la maladie. Les *bains iodurés* et les *bains alcalins* sont égale-

n. *der chir. Abth. des allg. Krank.* Hambourg, 1828.

ment recommandés, mais sans qu'aucune série d'observations puisse nous
apprécier l'influence.

M. Gendrin (1), qui vante l'efficacité des grands vésicatoires dans la ph
les recommande surtout dans la *phlegmatia alba dolens;* mais les faits ma
quent pour apprécier leur utilité réelle.

*Résumé, ordonnances.* — Tel est le traitement de la *phlegmatia alba*
J'ai déjà dit qu'il fallait y joindre celui de la phlébite en général; les saign
émollients, etc. Je n'ai pas besoin d'ajouter que s'il se forme des abcès,
les ouvrir dès que la fluctuation est sensible; que le ventre doit être ten
pour éviter toute plénitude dans le bassin, etc. Mais ce qu'il faut noter, c'
la *position du membre* sur un plan incliné, de manière que l'extrémité s
élevée que le tronc, favorise la circulation collatérale du sang, s'oppose à
la stase du sang veineux soit très considérable, rend moindres, par conséqu
accidents consécutifs et hâte beaucoup la guérison.

### Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHLEGMATIA COMMENÇANTE AVEC SIGNES D'INFLAMMATION VIOLE

1° Pour tisane, bourrache miellée.

2° Saignée du bras, répétée deux ou trois fois, tant que les symptômes
ne seront pas abattus. De 20 à 30 sangsues sur le point douloureux; réitér
application si la douleur n'a pas notablement perdu de son intensité.

3° De 0,05 à 0,15 gram. d'extrait gommeux d'opium en pilules, en au
tant graduellemment la première dose.

4° Placer le membre dans une position telle que l'extrémité soit beauco
élevée que le tronc.

5° Diète sévère. Épargner au malade tous les mouvements spontanés q
vent augmenter la douleur.

### IIe Ordonnance.

DANS UN CAS OU, LA DOULEUR ÉTANT NOTABLEMENT DIMINUÉE, L'ŒDÈME RESTE CONSID

1° Pour boisson :

℞ Décoction de chiendent... 500 gram. | Nitrate de potasse...... de 4 à 12

2° Pratiquer trois fois par jour, sur le membre, des frictions avec 2 g
d'onguent napolitain, seul ou associé à la digitale et à la jusquiame, suivant
mule d'Osiander (voy. p. 367).

3° Appliquer un bandage roulé, sec ou imbibé de liqueurs résolutives, s
l'étendue du membre.

4° Position du membre œdématié, *ut suprà.*

5° Aliments légers. Repos absolu.

(1) *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 15 novembre 1852.

### III° Ordonnance.

CAS OU TOUTE DOULEUR A DISPARU, ET OU L'INFILTRATION SÉREUSE OU SÉRO-PURULENTE CONSTITUE, AVEC L'OBSTRUCTION DE LA VEINE, TOUTE L'AFFECTION.

isson diurétique, *ut suprà.*
icatoires volants sur les points primitivement occupés par la lésion des

mpression, *ut suprà.*
ictions mercurielles sur les points où la peau a conservé son intégrité.
rir les foyers purulents dès que la fluctuation s'y fait sentir.
rgatifs modérés répétés tous les jours.
gime moins sévère que dans les cas précédents, à moins que des inflamma-
ppuratives partielles ne fassent redouter de nouveaux accidents.
raitement suffit ordinairement pour triompher de la *phlegmatia alba dolens.*
n'introduirons pas dans ces ordonnances les autres moyens indiqués plus
parce que c'est au médecin à juger de l'opportunité de leur administration.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

ens prescrits contre la phlébite en général : vomitifs, purgatifs, mercuriaux ; ques, diurétiques, digitale, iode ; vésicatoires, frictions mercurielles et nar-s ; compressions, fomentations résolutives, bains iodurés et alcalins.

## ARTICLE III.

### ALTÉRATIONS DIVERSES DES VEINES.

*lébite crurale des phthisiques.* — « Chez les sujets atteints d'œdème des res inférieurs, on trouve des désordres qui n'ont pas encore fixé l'attention thologistes; cependant ils sont loin d'être rares dans les derniers instants de des phthisiques. M. Andral assigne aux hydropisies que l'on remarque chez s causes communes aux autres hydropisies, et parle de l'oblitération de es troncs veineux et d'affection hépatique.... Les principales veines du re inférieur droit ou gauche, et plus rarement des deux à la fois, contiennent, toute leur étendue, un caillot formé par du sang noirâtre, coagulé, et encore friable pour être aisément détaché avec le doigt; il reste adhérent à la paroi e de la veine, surtout dans les points où existent les valvules et où s'abou-d'autres veines, au moyen de couches fibrineuses plus résistantes et plus ment organisées, qui constituent en quelque sorte l'enveloppe corticale du . Il n'y a rien dans ce caillot qui rappelle l'existence du pus; cependant l'un s a trouvé, chez un jeune phthisique mort avec un œdème de tout le membre inal gauche, un caillot qui obturait toute la veine iliaque gauche, et qui con-t une proportion fort considérable de pus verdâtre et sanieux; il y avait en e temps une phlegmasie bien évidente de la paroi veineuse. Mais ce cas dif-, sous ce rapport, de ceux que l'on rencontre le plus ordinairement. La coagu-n toute spontanée du sang constitue la lésion caractéristique de l'œdème que

nous étudions ; tout le calibre du vaisseau est oblitéré ; ses parois sont un épaissies, mais sa tunique interne conserve la coloration et le poli qui lui naturels. Le fait de la coagulation du sang chez les phthisiques est un des singuliers et en même temps un des plus obscurs de la pathologie... (1). »

On commence de nos jours à mieux interpréter les faits que nous venons rappeler. Dans l'immense majorité des cas il ne s'agit pas d'une phléb moins primitive ; et les travaux de MM. Lebert (2), Charcot (3), ont dé que la matière d'apparence purulente trouvée au centre des caillots était stituée essentiellement par les globules blancs du sang. Les traces d'inflam des parois veineuses sont consécutives à la formation des caillots.

L'œdème résulte de la coagulation spontanée du sang, et celle-ci a pour le ralentissement de la circulation ; nous avons signalé l'importance de cette à l'article *Embolies* (voy., t. III, p. 329). L'atrophie du cœur chez les p siques, la diminution de la masse sanguine, l'affaiblissement des veines, sont le de départ de ces coagulations. Enfin on devra remarquer que l'oblitération presque toujours sur la veine crurale gauche, et nous devons, à cet égard, ra l'opinion de M. Piédagnel, médecin de l'Hôtel-Dieu. Selon ce médecin, le p de la veine iliaque gauche entre l'aorte et la colonne vertébrale, et la compr que cette veine doit subir chez les sujets amaigris et dont la masse sangui diminuée, expliqueraient la fréquence de l'oblitération des veines du côté gauc de l'œdème consécutif du membre abdominal correspondant.

Quelquefois l'œdème dont il est question est indolent ; d'autres fois il est ac pagné de vives douleurs et de chaleur ; et l'on peut sentir, au niveau de l' un cordon volumineux formé par la veine crurale oblitérée.

*Phlébite des sinus de la dure-mère.* — La coagulation du sang dans ces s n'est presque jamais accompagnée d'inflammation des parois veineuses. C'est, toutes probabilités, un phénomène ultime de l'agonie, et depuis longtemps nié la valeur des opinions de M. Tonnellé à cet égard.

*Oblitération de la veine cave inférieure.* — Cette lésion peut naître par de la coagulation spontanée du sang, comme cela a lieu dans les veines cru mais aussi elle peut dépendre de la pénétration d'une masse cancéreuse d calibre de la veine (P. Bérard), ou enfin d'une compression exercée par une extérieure. Les symptômes sont ceux de l'oblitération simultanée des deux v crurales, c'est-à-dire qu'il y a œdème des deux membres inférieurs. Et selon l'oblitération remonte plus ou moins haut, l'œdème remonte seulement à la ré pelvienne ou jusqu'à l'épigastre. Enfin, on voit se développer le réseau vei sous-cutané, qui rapporte le sang des veines inférieures dans des affluents d veine cave supérieure.

*Oblitération de la veine porte.* — L'effet principal de cette lésion est de duire d'abord une hydropisie ascite ; l'œdème des membres inférieurs ne surv que quand l'épanchement abdominal comprime la veine cave inférieure.

*Oblitération des veines rénales.* — Dans ces derniers temps, M. Gubler a si

(1) *Compendium de médecine pratique*, t. VI, p. 500.

(2) *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1855, t. I, p. 328 et suiv.

(3) *Remarques sur les kystes fibrineux* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2e série, t. I, 1854, Paris, 1855, p. 302 et suiv.).

...lation du sang dans les veines rénales, chez les femmes en couches qui on... ...bé à des attaques d'éclampsie (1).

...ération de la veine cave supérieure. — Les oblitérations des veines des ...es et celles de la veine cave inférieure sont bien connues, et ont, surtout ...les travaux de M. Bouillaud, fixé l'attention des observateurs. Il n'en est ...même des oblitérations de la veine cave supérieure, et l'on n'en aurait ...qu'une idée fort incomplète, sans les recherches récentes de M. le docteur ...t (2). Nous empruntons tous les détails qui suivent à l'intéressant travail ...édecin.

...bservations, au nombre de 19, ont permis de constater les *lésions anato-* ...suivantes :

...ération peut être produite par un *caillot sanguin* d'une longueur variable. ...efois le caillot s'étend de l'oreillette droite aux veines jugulaires; quelque- ...t un simple bouchon de quelques centimètres de longueur; il a d'ailleurs ...ctères des anciens caillots des anévrysmes, et il adhère plus ou moins aux ...veineuses. Le calibre de la veine n'est pas toujours fermé complétement; ...is présentent toujours de la rougeur, un certain degré d'épaississement et ...ction, et souvent la veine est englobée au milieu d'une masse de tissu cel- ...dense, paraissant infiltré de matière plastique. En un mot, la coagulation du ...paru, dans tous les cas, due à une *phlébite partielle*.

...s tous les cas le calibre du vaisseau était obstrué par une *tumeur cancéreuse*, ...ppée dans l'intérieur du vaisseau ou ayant pénétré dans cet organe après en ...erforé les tuniques.

...cas les plus communs sont ceux où la veine est comprimée latéralement ou ...irement par une tumeur. Parmi celles-ci on n'a encore observé que des ...rs *cancéreuses*, des *masses tuberculeuses développées dans les ganglions* ...*iques* et des *anévrysmes de l'aorte*. La veine est alors aplatie ou froncée et ...t lui rendre, par la dissection, la largeur normale.

...s les rétrécissements les plus prononcés, la circulation peut se rétablir, quoique ...manière fort incomplète, par le mécanisme suivant. Le sang des membres ...eurs et de la tête reflue dans le réseau veineux sous-cutané et profond, pour ...r dans la veine cave inférieure; les principaux agents de cette circulation ...édiaires sont : les veines superficielles des parois thoracique et abdominale, ...de l'aisselle, les veines intercostales, l'azygos et les épigastriques.

...deux symptômes principaux de cette affection sont l'œdème de la partie supé- ...du corps et la dilatation des veines superficielles des mêmes régions.

...L'œdème commence par l'un ou l'autre côté de la face, envahit bientôt cette ...a tout entière, s'étend au front et au cuir chevelu. Plus tard le cou et les ...mités supérieures s'infiltrent. A un degré plus avancé, les parois thoraciques ...eures et postérieures sont envahies, mais l'œdème s'arrête assez brusque- ...t à la région ombilicale, qu'il ne dépasse que très rarement. Cet œdème de la ...é supérieure du tronc offre un contraste très frappant avec la sécheresse de la ...ie inférieure, qui conserve son volume normal. Les parties œdématiées ne tar-

(1) *Mémoires de la Société de biologie.*
(2) *Mémoires de la Société médicale d'observation.* Paris, 1856, t. III, p. 391.

dent pas à prendre une teinte bleuâtre qui est marquée surtout à la face, à laquell elle donne l'apparence de la cyanose, et qui augmente sous l'influence de toute les causes qui peuvent gêner le retour du sang des parties supérieures (efforts, acc de toux, etc.). Enfin, les *veines superficielles* de la face, du cou, de la poitrine, s *dilatent*, deviennent très apparentes, et offrent quelquefois à la surface une lign rosée qui dessine leur trajet. »

A ces phénomènes il faut ajouter de la *toux* et de la *dyspnée*, des *crachats san glants*, des *hémoptysies* et des *épistaxis*. Enfin on comprend que les malade éprouvent de la *congestion cérébrale* habituelle et même des *attaques d'apoplexie*

Il nous paraît inutile d'insister sur la marche, la terminaison d'une semblabl affection, faits qu'il est facile de prévoir, lorsqu'on réfléchit qu'il s'agit d'un lésion essentiellement mécanique.]

---

## SECTION QUATRIÈME.

### ÉTATS MORBIDES SE RATTACHANT PARTICULIÈREMENT AUX TROUBLES DES FONCTIONS DU SYSTÈME CIRCULATOIRE.

### ARTICLE Ier.

### SYNCOPE.

Dans un nombre assez considérable de cas, la syncope survient dans le cou d'affections très diverses, où nous aurons à la mentionner; mais non moins fré- quemment elle est occasionnée par des causes tout à fait accidentelles, et elle con- stitue un état pathologique très distinct. Elle mérite donc toute l'attention du pra- ticien. Elle a donné lieu à de nombreuses recherches, dans lesquelles il faut choisi ce qui est réellement pratique; car, avant ces derniers temps, on s'est livré à de nombreuses hypothèses que nous pouvons sans inconvénient passer sous silence.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *syncope* (*deliquium animi*, *lipothymie*, *évanouissement*; angl. *fainting*; all. *Ohnmacht*, esp. *desmayo*) doit être définie une suspension plus ou moins longue des mouvements du cœur, des mouvements respiratoires, des fonctions sensoriales et de la locomotion. On voit que, portée à ce degré, la syncope n'est autre chose que la *mort apparente* qu'on a vue quelquefois se prolonger pendant plusieurs heures. Peut-être vaudrait-il mieux dire : la suspension *plus ou moins complète* de ces fonctions; car aujourd'hui on ne regarde plus les défaillances, les lipothymies, que comme des degrés de la syncope. Mais il suffit de savoir que cette définition s'applique seulement à la syncope portée à son plus haut degré.

Tout le monde sait combien la syncope est *fréquente*, ce dont on pourra juger par le grand nombre de ses causes; mais il faut dire que la syncope de courte durée est seule fréquente; celle qui se prolonge au delà de quelques minutes est au con- traire extrêmement rare.

## § II. — Causes.

Les *causes prédisposantes* sont peu nombreuses, mais bien tranchées. Un affaiblissement, un *épuisement* causé par une longue maladie; les *affections débilitantes*, le *sexe féminin*, le *tempérament nerveux*, la *grossesse*, en sont les principales. Elle peut survenir aussi chez les *femmes en couches*. M. Robert (1) cite, en effet, trois cas de syncope mortelle chez des femmes plus ou moins récemment accouchées. Nous avons déjà signalé les *maladies du cœur*. Il est quelques sujets qui, en dehors de toutes ces conditions, ont néanmoins des syncopes sous l'influence de causes occasionnelles légères; il y a alors une prédisposition particulière, dont la nature nous est entièrement inconnue.

En revanche, les *causes occasionnelles* sont extrêmement nombreuses. Sauvages, qui a divisé la syncope suivant ces causes, n'en admet pas moins de trente-deux espèces, sans compter les lipothymies, dont il fait un ordre à part. Cette division est inutile. Celle de Senac (2) est bien plus importante. Il divise les causes en trois ordres : celles qui ont leur siége, 1° dans le cœur, 2° dans les vaisseaux, 3° dans les nerfs; 4° les causes particulières : *troubles de l'estomac*, *altérations du foie*, etc. M. Ash (3) a suivi cette division, qui est très naturelle, et qui me paraît devoir être adoptée.

Nous dirons peu de chose ici des *affections du cœur et des vaisseaux* comme cause de la syncope. Il en a été suffisamment question dans l'histoire des maladies de cet organe. Nous nous contenterons de rappeler que la dilatation du cœur, et surtout la communication des cavités droites et gauches, donnent le plus souvent lieu à cet accident.

Les *hémorrhagies* abondantes sont une des causes les plus fréquentes de la syncope, et l'on a remarqué que les pertes de sang artériel l'occasionnaient plus facilement, à quantité égale, que les pertes de sang veineux.

Les causes qui agissent principalement *sur le système nerveux* sont extrêmement variables : diverses odeurs, la vue de certains objets (animaux repoussants, plaies, ordures dans les aliments, etc.), les émotions soudaines, une vive frayeur, une douleur violente et subite, et plusieurs autres impressions de la même nature qu'il serait trop long d'énumérer, par exemple le toucher de certains objets, une trop vive chaleur, une fatigue violente et prolongée, surtout à jeun, en un mot toutes les causes qui agissent en épuisant l'influence nerveuse. Nous n'insisterons pas sur ces causes, qui sont connues de tout le monde.

Les *causes diverses*, celles surtout qui agissent sur d'autres organes que le cœur et les nerfs, ne sont guère moins nombreuses et moins variées. L'ingestion de certains aliments dans l'estomac, l'action de l'émétique, les flux séreux ou muqueux trop abondants, la soustraction rapide d'une collection séreuse, comme dans la paracentèse, etc., produisent parfois la syncope. Il en est de même de certains miasmes.

Il faut remarquer que cette division, bien que la plus naturelle, n'est pas néan-

(1) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, 30 janvier 1852.
(2) *Maladies du cœur*, t. II, p. 166 et suiv.
(3) *Cyclopædia of pract. med.*, vol. IV, art. SYNCOPE.

moins si parfaite, que toutes les causes placées dans un des trois ordre entièrement étrangères aux deux autres. Dans les pertes de sang, par e l'action du système nerveux n'est-elle pas évidente? Ce qui prouve qu'il en c'est que la facilité avec laquelle se produit la syncope n'est pas en raison de l'abondance du sang tiré. On sait qu'une saignée pratiquée, le mala debout ou assis, produit quelquefois la syncope avant qu'on ait extrait 100 g de sang, tandis qu'une soustraction de 500 grammes n'a pas le même effet décubitus. N'y a-t-il pas là une action nerveuse? On a voulu expliquer le la diminution de la quantité de sang arrivant au cerveau; mais, sans nier q là une cause dont il faut tenir compte, trop de faits prouvent qu'elle ne sau la seule, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point.

### § III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la syncope ne méritent guère qu'une indication, tan simples. Parfois ils se produisent si rapidement, que le sujet perd ses se d'avoir été prévenu par aucun malaise. Plus souvent un sentiment de générale se fait sentir, les yeux se troublent, les oreilles bourdonnent, l'ouïe s'affaiblissent avant que le malade tombe privé de tout sentiment. la cause se trouve dans un autre organe que le cœur et les nerfs, les symptômes peuvent être différents: ainsi la douleur, la plénitude de l'est violentes coliques, etc.

Nous avons déjà dit qu'au moment où la syncope est complète, on obse de *mort apparente*. Abolition de la respiration, point de pouls, pas de ba du cœur, pâleur de la face, froid des extrémités, tels sont les phénom présente le sujet. Parfois il y a des évacuations involontaires.

Lorsqu'il n'y a qu'une *simple défaillance* ou *lipothymie*, la respirat encore s'exercer, quoique très faiblement; et l'on pense avec raison que cas où la syncope a duré plusieurs heures et même des jours entiers, la ci et la respiration n'étaient pas entièrement abolies, car autrement on aura peine à comprendre, en pareil cas, le maintien de la vie.

Dans un travail remarquable récemment publié, M. Bouchut (1) a démo toutes les prétendues résurrections après des morts de plusieurs heures ou sieurs jours doivent être rangées parmi les fables. Cet auteur a constaté que par l'auscultation attentive on s'est assuré que le pouls a cessé de ba dant cinq minutes, on peut être certain que la mort est réelle.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *durée* ordinaire de la syncope est d'une minute ou moins; il n'es dant pas rare de la voir se prolonger un peu au delà de ce terme. Qu plusieurs syncopes consécutives ont lieu à divers intervalles, et cet état pe assez longtemps. Il est rare que la syncope *se termine* par la mort. L

(1) *Traité des signes de la mort et des moyens de prévenir les enterrements pré* Paris, 1849, p. 62.

a cœur se reproduisent faiblement et lentement d'abord, ainsi que les ments respiratoires; puis les sens reviennent, les perceptions sont vagues quelques instants, et enfin tout rentre dans l'ordre, quoique habituelle- certain malaise et un peu de faiblesse succèdent pendant quelque temps à issement.

### § V. — Lésions anatomiques.

cherché si la syncope donnait lieu à des *lésions anatomiques*, mais quel- llots dans le cœur et dans les vaisseaux sont les seules qu'on doive lui rap- Toutes les autres appartiennent aux maladies dans le cours desquelles elle oduite.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

omprend facilement que le *diagnostic* ait peu occupé les médecins; les es de la syncope sont si frappants, que l'erreur n'est guère possible. Aussi que par excès de précautions qu'on a indiqué la manière de distinguer issement de l'apoplexie et de l'asphyxie. Dans l'apoplexie, l'action du la respiration existent encore; dans l'asphyxie, la syncope peut exister, mais simple accident d'un état qui se distingue par des caractères si tranchés. il est une question beaucoup plus importante : Peut-on s'assurer si la mort e ou s'il n'y a qu'une syncope complète? Cette question a été bien souvent et, malgré tous les signes qu'on a donnés, on était arrivé à cette conclusion, utréfaction seule est le signe certain de la mort, lorsque M. Bouchut, dans e cité, a montré que l'absence des battements du cœur pendant plus de nutes, à une auscultation attentive, était un signe certain. La dépression, la é de la cornée est un phénomène qui a aussi une grande valeur. Récem- L. Legrand a tiré parti du résultat des expériences faites dans ces dernières sur la reproduction de la lumière d'une bougie dans l'œil. On sait que lors- lace une bougie allumée devant l'œil, il se produit trois images. Ce mé- constaté qu'après la mort ces images disparaissent en commençant par la fonde.

récepte qu'il faut tirer de ce fait, c'est que, dans les cas où chez un sujet la ion de toutes les fonctions a lieu, sans qu'une maladie antérieure ou une sion en rende raison, il faut employer avec persévérance tous les moyens ppeler à la vie, sans avoir égard à la longue durée de l'évanouissement.

### § VII. — Traitement.

*aitement* de la syncope est composé de moyens bien connus.

ir un libre accès à l'air, ou transporter les malades dans un lieu aéré; délier er les vêtements trop serrés; placer les malades dans le décubitus horizon- ête basse; projeter sur la face de l'eau froide, en faire boire; y ajouter quel- uttes d'ammoniaque, d'éther, de vinaigre, d'alcool; faire respirer ces sub- l'eau de Cologne, l'eau de fleur d'oranger, en frotter les tempes; donner ide de brusques secousses : tels sont les moyens vulgairement employés, et toujours avec succès.

Si la syncope se prolonge, pratiquer des frictions sèches, aromatique liques, sur la région épigastrique et sur les extrémités. L'opium, le laud particulier, est souvent employé en Angleterre. Les lavements stimulan sel commun, le vinaigre, sont aussi mis en usage. Dans les cas où une h gie très abondante est la cause de l'accident, comme cela a lieu après l'a ment, la ligature des membres rétablit les fonctions des principaux or refoulant vers le centre le sang qui tend à gagner les extrémités. Quel decins ont craint que, dans certains cas, dans les maladies du cœur par un traitement actif n'ait des inconvénients; mais ce sont là de vains scrup avant tout, il faut rappeler les malades à la vie.

Enfin, dans les cas particuliers, on agira sur les organes affectés. Da gestion, on donnera un vomitif; dans les coliques, un lavement laudanisé

## ARTICLE II.

### ASPHYXIE.

Depuis que les belles recherches de Bichat ont établi le rôle des diver et des diverses fonctions dans l'asphyxie, on ne range plus sous cette dén plusieurs états différents, et entre autres la syncope; sur ce point, les aut d'accord. Mais de nombreuses discussions se sont élevées, avant Bichat depuis, sur la manière dont se produit réellement l'asphyxie. Ces discus un très haut intérêt, sans aucun doute; mais, ainsi qu'on l'a fait très bie quer (1), c'est un intérêt tout physiologique, et, par conséquent, tout de pour le praticien : on comprendra donc facilement pourquoi nous laisson presque toute la théorie de l'asphyxie, sur laquelle d'ailleurs il est facile d curer les renseignements les plus étendus. Il suffit de dire que, suivant H le sang arrêté dans les poumons s'accumule et stagne dans le reste du co d'après Goodwin (3), c'est dans le cœur même que le sang s'arrête, par la stimulation qui est apportée à cet organe dans l'état normal par le sang que, d'après Bichat, la circulation n'est pas entièrement arrêtée, mais artères, lançant dans tous les organes, et principalement dans les centres un sang non hématosé, il en résulte une stupéfaction générale, une véritab cation. Enfin, que d'autres expérimentateurs ont opposé à cette dernièr quelques objections qui peuvent la rendre moins absolue, mais non la Cela dit, nous allons aborder la description de l'asphyxie.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le mot *asphyxie* avait été primitivement employé pour exprimer tout lequel la circulation était suspendue. Aujourd'hui on n'entend par là qu apparente provenant *primitivement* de la suspension des phénomènes resp C'est là la définition adoptée par Ph. Bérard, dans son excellent ar l'asphyxie, et c'est celle qui nous paraît devoir être admise.

(1) *Compendium de médecine*, article *Asphyxie*.
(2) *Elementa physiologiæ*, t. III.
(3) *La connexion de la vie avec la respiration*. Paris, 1798.

que l'expression d'*asphyxie* soit presque impropre, puisque, suivant son gie, elle désigne la privation du pouls, elle est si bien connue, la valeur en ien établie, que l'on doit la conserver de préférence aux autres noms proels que : *apnée*, *mort apparente*, *anthématosie*, *defectus animi*, etc.

## § II. — Causes.

hyxie étant un accident, les causes qui la produisent sont toutes *occasion-*. L'état dans lequel se trouvent quelques individus peut rendre, il est vrai, ile l'action de ces causes, mais ce n'est pas là une véritable prédisposition. ès diversement divisé les causes occasionnelles. La division proposée par l est la plus simple, elle embrasse toutes les véritables asphyxies : c'est que nous suivrons.

causes de l'asphyxie se divisent en deux classes principales : la première end toutes celles qui empêchent l'entrée d'un fluide élastique dans les pou- la seconde renferme celles qui ont pour résultat l'arrivée dans les poumons uide élastique impropre à l'hématose, c'est-à-dire ne contenant pas une sufquantité d'oxygène. Plusieurs auteurs rangent dans l'asphyxie les accidents par l'introduction d'un gaz délétère dans les organes respiratoires; mais, le fait remarquer Bérard, ce sont là de véritables empoisonnements, la quantité de gaz introduite est quelquefois si petite, que la respiration t pas mécaniquement troublée. Quant à certains états morbides, tels que le dans sa période algide, Bérard les distingue encore de l'asphyxie, et rences qu'il signale sont si grandes, qu'on ne peut s'empêcher de se rendre raisons.

MIÈRE CLASSE : *Obstacle à l'introduction d'un fluide élastique dans le pou-* —Nous trouvons d'abord dans cette classe les obstacles mécaniques à la respi-, tels que la *compression des parois thoraciques* et de l'*abdomen* chez les sujets lis sous les décombres, sous un éboulement, etc. ; la *compression des pou-* par un épanchement, par l'*entrée de l'air dans la plèvre*, par le *refoule- du diaphragme*, par la pénétration des viscères abdominaux dans la paroi ique ; l'*obstruction des voies respiratoires* par la *strangulation ;* la *suffoca-* r occlusion de la bouche et des narines ; un *obstacle dans le canal aérien* étranger, croup, œdème de la glotte, etc.) (voy. tome II). M. Piorry a joint à causes l'obstruction des voies aériennes par l'*écume bronchique*. Vient en- la *paralysie des puissances musculaires* destinées à introduire le fluide élas- e dans les poumons ; c'est ce que l'on voit dans les lésions de la moelle, surtout u'elles occupent la partie supérieure. Il faut rapprocher de ces causes celle roduit l'asphyxie des *nouveau-nés ;* car en pareil cas, l'obstacle qui s'oppose ment à la circulation est une faiblesse extrême qui ne permet pas l'amplia- de la cavité thoracique. Enfin une autre série de causes qu'il faut ranger dans classe résulte du séjour plus ou moins prolongé dans un lieu privé d'air : i la *submersion* dans un liquide quelconque et le séjour dans le *vide*. Les per- es qui périssent dans un éboulement peuvent être asphyxiées non-seulement compression des poumons, mais encore par privation d'air : la cause est alors plexe.

doute y ajouter de nombreux détails ; mais en y réfléchissant, on verra (
raient pas d'avantages réels.

### § III. — Symptômes.

Tous les auteurs ont reconnu la difficulté de tracer un tableau génér ptômes de l'asphyxie. La diversité des circonstances dans lesquelles elle en est la cause. Cependant il importe d'indiquer d'une manière géné appartient en commun aux principales espèces : c'est ce que nous a nous réservant d'exposer plus loin les phénomènes particuliers propres d'elles.

En général, l'asphyxie se produit graduellement, quoique d'une ma que toujours rapide. Ce n'est que dans les accidents très graves que le sont brusquement interrompues. Les premiers symptômes sont les d'abord, malaise général dans la poitrine, sentiment de constriction co luttent en vain les efforts pour attirer dans cette cavité un gaz respi troubles nerveux, tels que vertiges, tintements d'oreilles, pesanteu éblouissements, troubles de la vue ; plus tard, troubles de la circulati de congestion veineuse : face injectée, violette, bouffie; origine des bleuâtre; saillie des veines superficielles; matité du cœur droit plus ét l'état normal, constatée par M. Piorry; irrégularité, tumulte des batten organe; plus tard encore, abolition des sens et de l'intelligence, résolut les membres et anéantissement de la puissance musculaire. Lorsque l'a parvenue à ce degré, la stase du sang veineux faisant des progrès, la face les conjonctives s'injectent; on aperçoit sur le corps, et particulièrement déclives, des sugillations, des ecchymoses, de larges suffusions sangui alors mort apparente, et si de prompts secours ne viennent pas rappeler la vie, les fonctions perdent successivement la faculté de se reproduire est réelle.

Tel est le tableau général de ces symptômes : restent maintenant le

ar *régurgitation* d'un morceau de viande mal mâchée, et son entrée dans
. Un mouvement de frayeur avait causé la régurgitation. Le même effet
produire chez les hommes ivres; mais ce sont alors des matières liquides
nt de l'œsophage dans la trachée. M. Miquel en cite un exemple, et
t en avait également signalé un en 1818.

professeur H. Larrey (1) a fait remarquer que ce fait était assez commun
*soldats*, à l'époque où ils mangeaient en commun, c'est-à-dire à la *ga-*
lans leur précipitation ils avalaient de gros morceaux de viande qui, faute
oir pénétrer dans l'œsophage, tombaient sur l'orifice supérieur du larynx; il
l'aide de grandes pinces courbes, retirer ces corps étrangers. Le même
est très commun dans les hospices d'*aliénés*, mais ici les causes sont dif-
. Tantôt la *paralysie du pharynx* empêche le bol alimentaire de descendre
stomac, et il ferme le larynx ou s'y engage; tantôt, par *perte du sentiment*
*atiété*, les malheureux aliénés remplissent d'aliments l'estomac, puis l'œso-
le pharynx; alors un dernier bol alimentaire oblitère le larynx et produit
ie. Nous avons vu, à l'école vétérinaire d'Alfort, un cheval qui s'asphyxia
manière : *mis au vert* depuis quelques jours, cet animal se *bourra* si glou-
ent, que tout l'intestin, l'estomac, l'œsophage, étaient distendus par de
; quelques pelotes herbacées étaient ensuite entrées dans la trachée et les
es.]

*phyxie par compression des poumons* ne mérite pas de nous arrêter da-
.

s l'*asphyxie par suspension et par strangulation*, la congestion de la tête
suite les accidents cérébraux sont beaucoup plus marqués. Lorsque la stran-
n a été opérée avec une grande violence, il peut y avoir des lésions de la
, avec fracture ou luxation des vertèbres, et alors la paralysie des muscles
teurs vient rendre l'asphyxie bien plus prompte. Tout le monde connaît le
nène particulier qui survient dans la suspension, et qui consiste dans l'érec-
n pénis et dans l'éjaculation du sperme.

s l'*asphyxie par submersion*, nous ne trouvons de remarquable dans les
mes que la toux occasionnée par la pénétration du liquide dans les voies
nes; l'ingestion d'une certaine quantité de ce liquide dans l'estomac, et la
titude avec laquelle s'établit l'équilibre entre la température du corps et celle
lieu où il est plongé.

s l'*asphyxie par viciation et insuffisance de l'air*, on remarque, d'après la
n faite par Percy (2) d'un accident de ce genre dont cent quarante-six per-
s furent frappées à la fois : 1° sueur abondante, 2° soif très vive, 3° suffoca-
4° fièvre, 5° léthargie ou délire.

s l'*asphyxie par raréfaction de l'air*, la fréquence du pouls et la faiblesse
rtout remarquables.

s l'*asphyxie par les gaz non respirables*, il faut distinguer d'abord l'*asphyxie*
*vapeur du charbon*. Des prodromes plus ou moins longs, suivant la quantité
rbon brûlé, suivant l'état d'incandescence de ce charbon, et suivant l'éten-

*Bulletins de l'Académie de médecine.....*
*Journal de médecine*, t. XX, p. 382.

due de la chambre et son occlusion, distinguent cette asphyxie. La céphal
malaise, des horripilations, un mouvement fébrile, puis la résolution des
et l'évacuation des urines et des matières fécales, constituent ses princip
ptômes. Il n'est pas rare que les efforts de la respiration produisent de
dans la bouche et les fosses nasales.

Dans l'*asphyxie par les vapeurs que produit la fermentation alcoolique*,
les symptômes nerveux qui prédominent : vertiges, troubles de la vue, cép
abolition de la sensibilité, hoquet, coma, délire (1).

Dans l'*asphyxie des nouveau-nés*, les efforts infructueux pour attirer l'a
la poitrine, ou l'absence de tout mouvement respiratoire, sont les phénom
plus importants. Ajoutons toutefois que les auteurs sont très divisés d'opi
cette espèce d'asphyxie, regardée par les uns comme une simple syncope, et
autres comme une congestion générale, une stase du sang dans tout le systè
culatoire. Il serait à désirer que de nouveaux travaux fussent entrepris à ce

M. Bouisson (2) a constaté, par des expériences sur les animaux, que
l'*asphyxie lente, la bile augmente de quantité et prend une teinte foncée*
*guinolente*. Il en conclut que le foie augmente son action pour éliminer
grande quantité de carbone, afin de suppléer à l'action du poumon, qui ne
plus exhaler une quantité suffisante de ce corps.

Telles sont les variétés d'asphyxies dont nous avons cru devoir dire un mot.
est sans doute plusieurs autres, mais elles ne présentent rien qui ait un
capital ; les distinctions précédentes suffisent pour la pratique. Nous pensons
que présenter seulement les symptômes propres à chaque espèce a un av
plus grand que de tracer séparément une histoire détaillée de chaque asphy
qui nous aurait nécessairement entraîné dans des répétitions nombreuses.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ordinairement l'asphyxie suit régulièrement l'ordre des symptômes indiqué
le tableau général, et marche seulement avec plus ou moins de rapidité, su
l'espèce d'asphyxie et les circonstances dans lesquelles se trouve le sujet.
d'après les recherches de W. Edwards (3), les nouveau-nés résistent plus
temps que les adultes ; et, suivant les observations des médecins légistes, un
dissement, la frayeur, peuvent rendre la mort beaucoup plus prompte
l'*asphyxie par submersion*, etc. Dans cette dernière espèce, il peut arriver
par suite du retour plus ou moins fréquent des sujets au-dessus du liquide,
phyxie se produise, pour ainsi dire, à plusieurs reprises ; mais à chaque fois
fait de nouveaux progrès.

La *durée* de l'asphyxie est très variable, même en considérant isolément ch
espèce. C'est ainsi qu'on a vu des sujets asphyxiés par la vapeur du charbon
dans un état de mort apparente pendant plusieurs heures (4), et recouvrer

(1) Ch. Roesch, *De l'abus des boissons spiritueuses* (*Ann. d'hygiène publique*,
1838, t. XX, p. 5 et suiv.).

(2) *Académie des sciences*, séance du 8 mai 1843.

(3) *De l'influence des agents physiques sur la vie*. Paris, 1824, in-8.

(4) Bourgeois, *Archives générales de médecine*, t. XX.

la santé, tandis que d'autres ont perdu la vie dans un espace de temps beaucoup moins considérable. On peut dire d'une manière générale que les asphyxies les plus rapides sont celles qui résultent de l'occlusion complète des voies respiratoires (strangulation, suspension) ; viennent ensuite celles qui se produisent par l'immersion du corps dans un milieu non respirable (submersion dans l'eau, les fosses d'aisances) ; puis celles qui résultent de l'inspiration de gaz impropres à la respiration (asphyxie par l'oxyde de carbone, l'acide carbonique, l'azote, l'hydrogène, etc.). La persistance de la respiration à un certain degré, dans divers cas, rend compte de ces différences.

Dans les cas où la cause asphyxiante continue à agir un peu plus longtemps, il devient impossible d'arracher les sujets à la mort. L'étude de cette *terminaison* n'a qu'un intérêt théorique qui ne doit pas nous arrêter. Mais lorsqu'on parvient à faire cesser les premiers accidents, la terminaison par le retour à la vie présente quelques particularités dont il est nécessaire de dire un mot. Si la cause de l'asphyxie a agi seule, si elle a duré peu de temps, et si elle n'a pas produit de lésions profondes, le retour à la santé est prompt, et l'accident ne laisse guère de traces. Si le malade a été plongé dans un milieu non respirable, il reste, après le retour à la vie, un malaise plus ou moins long, avec faiblesse générale. Mais les suites sont bien plus graves lorsque l'asphyxie a été causée par un gaz non respirable, la vapeur de charbon en particulier. Une céphalalgie qui dure plusieurs jours, et parfois des semaines entières ; un brisement général, un trouble dans les principales fonctions, suivent les accidents de l'asphyxie, et sont d'autant plus intenses que celle-ci a été d'une plus longue durée. On a vu quelquefois ces phénomènes se prolonger pendant plus d'une année.

Un accident particulier qui se développe à la suite de l'asphyxie par la vapeur du charbon est la *paralysie* d'un ou de plusieurs membres. M. H. Bourdon (1) a publié sur ce sujet une thèse fort intéressante, dans laquelle il a rassemblé treize observations qui en offrent des exemples.

## § V. — Lésions anatomiques.

Il faut, comme nous l'avons fait pour les symptômes, diviser les lésions anatomiques en celles qui sont communes aux diverses asphyxies, et celles qui appartiennent en propre à chaque espèce. Voici le tableau des premières : La face est livide, bouffie, les yeux injectés, souvent saillants et fermés ; le sang est noir, fluide ; dans quelques cas, cependant, on y trouve des caillots . Les cavités droites du cœur et le système veineux sont distendus par ce liquide ; le système artériel, au contraire, en contient peu, à moins que l'asphyxie n'ait été lente et prolongée. Dans ce dernier cas, le tissu du cœur est ordinairement ramolli. Les muqueuses, et surtout la muqueuse pulmonaire, sont injectées et d'un rouge plus ou moins foncé. Le tissu pulmonaire, gorgé de sang, est livide et plus lourd qu'à l'état normal, surtout dans les parties déclives ; il en découle un sang noir à la coupe. La congestion veineuse se remarque encore dans les autres organes parenchymateux, tels que le foie, les reins et la rate, qui est très gonflée. La langue est souvent injectée et tuméfiée ; la vessie est ordinai-

(1) *Thèse*. Paris, 1843.

rement vide. Les centres nerveux sont fortement injectés en noir; les v
du cerveau contiennent de la sérosité, ainsi que les autres cavités séreuse
que l'asphyxie n'ait été très rapide. Dans ce dernier cas, la rigidité cada
forte et prolongée. La plupart de ces altérations tiennent évidemment à
ment du système veineux par un sang non artérialisé.

Dans l'*asphyxie par obstacle mécanique*, si, avant la suffocation com
a pu encore, quoique avec peine, pénétrer dans les poumons, ces organe
pitants, et en outre on trouve l'occlusion du larynx, de la trachée, des
Dans les cas de *strangulation*, le gonflement de la langue, la congestion
et des signes de violence sur le cou et la partie supérieure de la poitrin
phénomènes particuliers qu'il importe de noter. Dans la *suspension*, on
trace du lien qui a comprimé le cou.

Dans l'*asphyxie par submersion*, on note la pâleur ou une teinte viol
face; une écume fluide à la bouche, le gonflement de la langue; dan
aériennes, une petite quantité d'écume formée par le liquide dans lequel
a été plongé, et, dans certains cas, ce liquide lui-même en assez grande a
le gonflement du poumon; une quantité plus ou moins considérable
liquide dans l'estomac; la plénitude de la vessie, et enfin des contusio
diverses parties du corps, des écorchures aux mains, du sable, de la va
vier au-dessous de l'extrémité des ongles. Ces derniers caractères son
chocs éprouvés par le sujet dans sa chute, et aux efforts qu'il a faits pour
en s'accrochant au sol.

Dans l'*asphyxie par la vapeur du charbon*, la chaleur se conserve lon
rigidité cadavérique est tardive; le visage est gonflé et rouge, les lèvre
meilles; l'épiglotte est toujours relevée, les poumons sont emphysémat
parfois des ecchymoses dans la muqueuse des voies aériennes (1).

Enfin, dans l'*asphyxie par le gaz de l'éclairage*, M. Devergie (2) a t
couleur rouge-brique du foie toute particulière; une coagulation r
sang et une congestion très prononcée du cerveau. Ces caractères son
stants?

Nous nous arrêtons ici, car entrer dans de plus grands détails, ce s
une excursion dans la médecine légale.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de l'asphyxie ne présente ordinairement aucune diffi
le praticien. Il faut, en effet, bien distinguer, sous ce point de vue, la pa
la médecine légale. Le médecin légiste doit porter son diagnostic après l
doit avoir égard aux diverses lésions, pour savoir, non-seulement si le s
asphyxié, mais encore à quel genre d'asphyxie il a succombé. Le pra
contraire, appelé pour donner ses soins au malade, se borne à constate
ptômes et à apprécier les circonstances dans lesquelles l'accident est pro
presque toujours est-il mis immédiatement sur la voie, et ce n'est guè

(1) Orfila, *Médecine légale*. Paris, 1848.
(2) *Annales d'hygiène*, 1830, t. III, p. 457. Voy. aussi t. XXVII, p. 232.

près de précaution qu'on a prévu le cas où l'on pourrait supposer l'existence d'une autre affection : par exemple, l'apoplexie, la commotion cérébrale, la syncope. Disons un seul mot de ce diagnostic.

Dans la *congestion cérébrale*, la paralysie est ordinairement bornée à un seul côté ; il en est de même dans la grande majorité des cas d'*apoplexie*, et en outre, ce qui est un signe distinctif, la respiration n'est pas abolie. Il en est de même dans la *commotion cérébrale*.

Dans la *syncope*, la respiration est suspendue, mais il n'y a pas de congestion veineuse. Ces considérations suffisent ; car, nous le répétons, pour que le médecin ait besoin d'y avoir recours, il faut qu'il ignore la manière dont l'accident s'est produit, ce qui est au moins infiniment rare.

Le *pronostic* est d'autant plus grave, que la cause a agi plus longtemps, que l'obstacle à la respiration est plus facile à enlever, et que l'altération du sang est plus profonde. Ce qui a été dit plus haut de la terminaison favorable de certaines asphyxies après un temps fort long prouve qu'il ne faut, dans aucun cas, se hâter de regarder l'état du sujet comme désespéré.

## § VII. — Traitement.

Il importe, pour le traitement, d'indiquer d'abord, comme nous l'avons fait dans les autres paragraphes, les moyens généraux à mettre en usage dans les différents cas d'asphyxie. Nous indiquerons ensuite la conduite à suivre dans chacune des principales espèces.

### TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE EN GÉNÉRAL.

D'abord il faut *mettre*, s'il est possible, les *malades hors de toutes les circonstances qui ont produit l'accident*, ou bien éloigner l'obstacle qui s'oppose à la respiration. Les moyens qui conviennent dans ce but, étant différents suivant le genre d'asphyxie, seront exposés dans les particularités.

Dans tous les cas, il faut *chercher à rétablir la respiration*. Pour cet effet, on a d'abord naturellement pensé à appliquer la bouche sur celle de l'asphyxié, et à pousser l'air de ses poumons dans ceux du malade ; mais, outre que cet air est déjà un peu altéré, tout le monde connaît la difficulté qu'on éprouve à le faire pénétrer de cette manière dans les bronches. On a alors eu recours à l'introduction dans le larynx d'un tube légèrement recourbé, aplati transversalement, offrant à une petite distance de sa petite extrémité un bourrelet assez considérable pour qu'il ne pénètre pas trop profondément (*tube laryngien* de Chaussier). Pour cette introduction, on porte l'instrument par la bouche sur les côtés de l'épiglotte, et ramenant un peu son extrémité vers la ligne médiane, on le fait pénétrer dans l'ouverture laryngienne ; puis, soit avec la bouche, soit avec un soufflet, on pousse l'air dans les voies aériennes. Cette insufflation a un danger qui a été signalé par M. Leroy (d'Étiolles) (1), et que nous avons déjà indiqué à l'article *Emphysème :* si l'injection de l'air est poussée trop fort, les vésicules pulmonaires peuvent, suivant

(1) *Archives de médecine*, 1829, t. XX, p. 299.

cet expérimentateur, se rompre et donner lieu à la mort subite ; mais nous plus loin que M. Depaul a démontré que ces craintes étaient très exagéré rendre plus facile et plus efficace cette opération, il est important, en fais la compression de la poitrine alternativement avec l'insufflation, d'imiter, que possible, les mouvements respiratoires. Si l'instrument qui vient d'êt qué ne pouvait être introduit dans le larynx, on essayerait de faire pénét sonde de gomme élastique dans les voies aériennes, par l'une des deux na l'on insufflerait en tenant l'autre fermée. Enfin, si ces tentatives étaient tueuses, on pousserait l'air à l'aide d'un soufflet dont on introduirait simp le tuyau dans l'une des deux narines, toujours en maintenant l'occlusion de narine et de la bouche.

L'*électricité* a été également employée pour rétablir la respiration, et M (d'Étiolles) (1) a cité des expériences dans lesquelles ce moyen a eu de très b résultats. Voici, d'après lui, comment il faut procéder :

Enfoncez entre la huitième et la neuvième côte, sur la partie latérale du une aiguille courte et fine, qu'il suffit de faire pénétrer de quelques lign qu'elle rencontre les attaches du diaphragme, puis établissez le courant a pile de vingt-cinq ou trente couples de 2 centimètres et demi de diamètre: diatement après, le diaphragme se contracte, il se fait une inspiration. Inter alors le cercle pendant que l'expiration a lieu, puis rétablissez-le pour une i inspiration, et ainsi de suite.

Le *choc électrique* à la région précordiale a été aussi proposé, mais san cun fait vienne parler en sa faveur.

On ne négligera jamais de pratiquer des *frictions* sur toute la surface du et principalement sur la poitrine et à la région précordiale. Ces frictions sè avec une flanelle imbibée d'alcool, d'eau-de-vie camphrée, en un mot d'un l excitant, doivent être pratiquées avec persévérance. On les a vues, en ef commencer à agir qu'au bout de plusieurs heures. Elles doivent être prati soit avec la main, soit avec une brosse un peu rude, soit avec un linge bie Il est bon de faire chauffer les liquides spiritueux avec lesquels on les prati

Diverses *excitations* seront pratiquées sur la membrane buccale et nas bien sur l'intestin. Non-seulement elles agissent en excitant la circulation d organes où on les pratique, mais encore, par les mouvements qu'elles occasio elles tendent à rétablir la circulation. Ainsi le chatouillement de la muqueuse peut provoquer des efforts comme ceux de l'éternument, ceux de l'isthme du peuvent exciter la contraction du diaphragme ; les sternutatoires, comme le la poudre d'iris de Florence, agissent de la même manière ; l'ammoniaque, l sulfureux obtenu en faisant brûler des allumettes sous le nez, produisent une tation dans tout l'appareil respiratoire. Il faut toutefois prendre garde, dans ploi de ces derniers moyens, de les faire agir trop longtemps, parce qu'ils p déterminer dans les organes respiratoires une inflammation qui serait funeste le retour du malade à la vie.

Ce sont encore des *excitants* qui sont portés sur la *muqueuse intestinale* veut, par ces moyens, déterminer les mouvements péristaltiques, et par sui

(1) *Archives de médecine*, t. XXII.

[illegible]lement qui excite le mouvement des autres muscles abdominaux; pour cela [illegible] prescrit ordinairement les lavements suivants :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau simple............... | Q. s. | Sel commun............ | 120 gram. |

Dissolvez.

Ou bien :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Chlorate de potasse........ | 12 gram. | Eau simple.................. | Q. s. |

Dissolvez.

Ou bien encore *une partie de vinaigre sur trois parties d'eau*, une *dissolution de savon;* en un mot, les substances irritantes que l'on trouve à sa portée.

Tels sont les moyens qui s'appliquent d'une manière générale aux diverses [illegible]xies. Voyons maintenant comment il faut agir dans les asphyxies particulières. [illegible] ne parlerons point de la conduite à tenir dans les cas d'obstacle à la respira-[illegible] dû aux diverses maladies des voies aériennes; il en a été question plus haut. [illegible] passerons également sous silence l'asphyxie causée par les corps étrangers, [illegible] les blessures des parois thoraciques, parce qu'elle concerne uniquement la chi-[illegible]gie et la médecine légale.

Dans l'*asphyxie par strangulation*, on doit d'abord s'empresser de *couper le [illegible]*, s'il existe encore autour du cou, et puis placer le malade dans une position [illegible] que la tête soit fortement élevée; ensuite pratiquer une *saignée*, soit au [illegible], soit à la veine jugulaire, et laisser couler abondamment le sang; puis appli-[illegible] sur les membres inférieurs des sinapismes, et enfin mettre en usage les [illegible] autres moyens indiqués contre l'asphyxie en général. Dans les cas de *sus-[illegible]sion*, on agit de la même manière, c'est-à-dire qu'on s'empresse de *couper la [illegible]rde* et de dégager le cou, et que l'on a ensuite recours aux moyens qui vien-[illegible] d'être indiqués.

Le traitement de l'*asphyxie par submersion* présente un plus grand nombre de particularités.

Il faut d'abord chercher à *soustraire le malade à l'action du froid*, à laquelle [illegible] a été soumis pendant plus ou moins longtemps, ensuite enlever les vêtements, [illegible]yer rapidement le corps, le nettoyer, le placer sur un plan un peu incliné, la [illegible] en haut, et couché sur le côté, pour favoriser l'écoulement des liquides qui [illegible]ent la bouche et la trachée. On doit avec soin *nettoyer les narines et l'ou-[illegible]ture de la bouche*, puis envelopper le corps dans des linges chauds. Tout cela [illegible] être fait avec le plus de promptitude possible, toutefois en prenant assez de [illegible]cautions pour ne pas causer de blessures graves par un excès de précipitation. [illegible] ces opérations, le médecin doit agir avec beaucoup de sang-froid, car, ainsi [illegible] le fait remarquer dans le rapport de la Société anglaise (1), une erreur dans [illegible] premier temps du traitement peut en compromettre le succès. Un autre pré-[illegible] important que l'on trouve également dans cette instruction, c'est d'avoir le [illegible], pendant le transport, de tenir le corps couché sur le dos et la tête bien déga-[illegible], car si on le prenait par les épaules et par les membres inférieurs, la flexion [illegible] la tête ou sa position déclive augmenterait la congestion. Ensuite *on pompe les*

(1) *The fifty-seventh annual Rep. of humane Society*, 1831.

*liquides contenus dans les voies aériennes et digestives*, s'ils y sont en abi
Toutefois nous devons dire que M. Plouviez (de Lille) (1) pense que ce m
inutile et nuisible, en ce sens qu'avec les appareils les mieux fabriqués
peine possible de retirer quelques gouttes de liquide, et qu'on peut perdre
un temps précieux. Ensuite on commence *l'insufflation du poumon* de la
décrite dans le traitement général de l'asphyxie. En même temps les *frict*
pratiquées, on entoure le malade de *linges chauds* fréquemment renou
bien de sacs remplis de sable chaud, de bouteilles d'eau chaude; en un
emploie tous les moyens propres à entretenir une chaleur permanente
peut avoir une suffisante quantité d'eau chaude, il est très important, dans
but, de placer le malade dans un *bain d'une température modérée;* enfi
port de la Société anglaise (2) signale tout le danger qu'il y aurait à prati
saignée dans ces circonstances. Si cependant il y avait des signes évide
congestion considérable vers la tête et d'une stase du sang veineux, il ne
pas hésiter à avoir recours à ce moyen, qui est recommandé par la pl
praticiens, et qui, dans plusieurs cas, a eu un résultat avantageux.

C'est principalement dans cette espèce d'asphyxie qu'on a employé l
excitants portés sur la membrane intestinale. On fait des fumigations d
l'aide d'appareils particuliers qu'il serait trop long de décrire ici, ou
prescrit des lavements avec une décoction assez forte de cette plante.

℞ Feuilles de tabac... de 1 à 4 gram. | Eau......................

Faites bouillir pendant cinq à dix minutes.

Ce moyen, qui est encore assez fréquemment employé, a néanmoins
scrit par plusieurs médecins, parce que, outre son action excitante, il a u
narcotique qui peut être dangereuse. Il ne faudrait donc y avoir recours
les cas où l'on ne pourrait se procurer un autre stimulant du tube intesti

M. le docteur H. Lafont-Gouzi fils (3), frappé de l'impuissance trop
des moyens ordinairement employés, conseille la *trachéotomie*, qui déjà
proposée par Detharding, mais qui n'avait trouvé qu'un accueil assez l
part de plusieurs médecins, et avait été vivement repoussée par d'autres
trachéotomie, il vaut beaucoup mieux, suivant cet auteur, recourir à la r
artificielle à l'aide d'une seringue à soupape ou d'un soufflet qu'à l'in
pulmonaire. Il est certain qu'après avoir fait inutilement usage de la p
moyens qui ont été cités plus haut, on est autorisé à agir comme le consei
font-Gouzi.

Tels sont les principaux moyens mis en usage dans cette espèce d'asphl
ne saurait trop répéter que, pour réussir, ils doivent être employés avec
promptitude et persévérance. Si, comme M. Devergie en a vu des exe
survient un délire furieux au moment du retour à la vie, on ne doit pas

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 25 août 1851, et *Union médical*
1851.
(2) Voy. *Cyclopædia of pract. med.*, Roget.
(3) *Bulletin de thérapeutique*, mars 1845.

la *saignée* et à mettre en usage le traitement antiphlogistique approprié.
e traitement de l'*asphyxie par l'inspiration des vapeurs du charbon*, il nencer par *ouvrir une entrée à l'air* dans l'appartement occupé par le uis *on le transporte dans un lieu très aéré*. Ensuite on le déshabille rapion le place sur un plan incliné, la tête haute; on excite la membrane pituides substance stimulantes déjà indiquées (acide acétique, ammoniaque, fureux); on établit la respiration artificielle, et surtout on a recours aux *froides*, qui sont regardées par la plupart des praticiens comme le moyen ence : pour cela on projette sur la face et sur la partie supérieure de la toutes les deux minutes, un verre d'eau dont on peut rendre l'action plus abaissant fortement sa température à l'aide de la glace. Lorsque les inspirations ont lieu, et que le malade éprouve une forte horripilaaut cesser les affusions froides et recourir aux *frictions sèches* ou *excie* l'on pratique sur une grande étendue. Suivant le docteur Babington, e est ordinairement dangereuse dans l'asphyxie par les vapeurs du chars cette opinion n'a point été confirmée par les autres médecins, et la stase ble qui existe dans le système veineux fait ordinairement un devoir au de désemplir les vaisseaux engorgés. Portal recommande particulièrement *re de la veine jugulaire*; mais, dans le cas dont il s'agit, elle est moins able que dans l'asphyxie par strangulation et par submersion. On n'est ord sur l'emploi des *vomitifs* dans cette asphyxie; plusieurs médecins les t comme dangereux, et, comme leur efficacité est loin d'être démontrée, t être abandonnés jusqu'à nouvel ordre. Enfin les autres moyens indiqués sphyxie en général trouvent leur place dans celle-ci : ainsi les *excitants ligestif*, le *galvanisme*, etc.
'*asphyxie par le gaz des fosses d'aisances*, presque toujours il y a l'action délétère, dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Dans le cas contraire, ent est le même que pour l'asphyxie par les vapeurs du charbon; et il en ême pour l'*asphyxie par le gaz de l'éclairage*, et pour l'*asphyxie résulvapeurs de la fermentation alcoolique*.
dans l'*asphyxie des nouveau-nés*, on doit, suivant A. Dugès, *laisser le rapport avec la mère par le cordon ombilical*, ou bien *lier ce cordon avant* n, puis pratiquer des *frictions excitantes sur toute la surface du corps*, recourir à l'*insufflation*. Ce traitement s'applique à l'asphyxie par débis dans le cas où il y aurait, au contraire, une stase de sang par suite de la des voies circulatoires, on devrait *laisser écouler une petite quantité de* nt la ligature du cordon, et employer ensuite les moyens propres à établir ation, et principalement l'insufflation. On ne se ferait pas une juste idée sance de ce dernier moyen, si l'on ne connaissait pas les résultats presque ux qu'en a obtenus M. Depaul (1). Ce médecin a rendu un immense la science et à l'humanité en démontrant que l'insufflation, qu'on abanutrefois après quelques minutes de tentatives infructueuses, peut *rappeler ts à la vie lorsqu'on la pratique avec persévérance* pendant vingt minutes,

lletin général de thérapeutique. — Sauvé, *Bulletins de l'Académie de médecine*, 925.

une demi-heure et plus encore. Il a rapporté des cas qui ne laissent aucun doute à cet égard, car il a sauvé ainsi des enfants déjà abandonnés comme morts. Nous-même (1) nous avons pu faire revivre un enfant complétement asphyxié, après avoir pratiqué l'insufflation pendant cinquante-cinq minutes. Les premiers battements du cœur ne se firent entendre qu'après un quart d'heure d'insufflation persévérante. Le premier précepte qui ressort de ces faits est, par conséquent, que *l'insufflation doit être pratiquée beaucoup plus longtemps qu'on n'a coutume de le faire*. On aurait, sans aucun doute, pu sauver ainsi des milliers d'enfants qui sont restés mort-nés faute de secours suffisants.

Un autre fait bien important, qui résulte des recherches de M. Depaul, c'est qu'*on ne doit pas désespérer de rappeler les enfants à la vie, alors même que depuis longtemps, une demi-heure et même plus, ils ont été abandonnés sans secours, dans un état d'asphyxie complète*. Les cas qu'il a cités prouvent que même dans ces cas, l'*insufflation persévérante et prolongée* peut avoir le succès le plus complet. On ne saurait trop insister sur de pareils faits.

L'insufflation à l'aide du *tube laryngien* de Chaussier, que nous avons décrit plus haut (p. 383), est celle qu'on doit préférer. Dans le cas où l'on n'a pas cet instrument, il faut *insuffler de bouche à bouche*, comme nous l'avons fait chez l'enfant dont nous avons parlé précédemment. Les recherches de M. Depaul prouvent que cette insufflation n'a pas pour les poumons les inconvénients que redoutait M. Leroy (d'Étiolles).

M. le docteur Marchant (2), qui pense que l'insufflation n'est utile que dans la deuxième période de l'asphyxie, préfère le procédé suivant : « L'enfant étant couché en travers sur une table, la tête tournée vers la gauche de l'opérateur, on » introduit dans la narine droite un tuyau de plume, un bout de sonde quelconque; » avec la main gauche dont le bord cubital est appuyé sur le front, on maintient » entre le pouce et l'index la sonde, et l'on ferme exactement l'autre narine en la » pinçant entre ces deux doigts. La main droite est appliquée à plat sur la bouche » de l'enfant pour s'opposer à la sortie de l'air insufflé par l'autre extrémité du » tube ou de la sonde. » L'air entre dans le poumon si l'enfant est vivant, l'épiglotte étant toujours relevée, et par de légères pressions on peut faire sortir l'air qui pénétrerait dans l'estomac.

Jusqu'à présent nous avons indiqué les opérations qu'il fallait faire, mais non les *instruments* dont on se sert. On a inventé dans ce but des seringues à injection d'air, des instruments pour les fumigations, des pompes pour extraire les liquides de l'estomac, etc. Ces instruments sont maintenant, dans toutes les villes, mis à la portée des médecins par le gouvernement; leur ensemble constitue ce que l'on appelle *boîtes de secours pour les asphyxiés et les noyés*. Tous les praticiens doivent connaître la manière de les employer, mais ils doivent, avant tout, savoir s'en passer dans l'occasion et donner des secours aux malades avec les instruments usuels qui leur tombent sous la main. Un soufflet pour les insufflations, une seringue ordinaire, une brosse, quelques morceaux de flanelle, doivent pouvoir leur suffire, car souvent ils n'auront pas autre chose à leur disposition. Parmi les instruments spé-

(1) *Bulletin général de thérapeutique.*
(2) *Nouvelles études sur le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés*. Paris, 1852.

est pas de plus simples ni de mieux appropriés que ceux qui ont été L. Charrière. Une simple seringue, à laquelle on adapte, suivant les pièces particulières, compose presque à elle seule ces *boîtes de* it pour l'insufflation, les fumigations, les lavements, l'absorption des ales, du liquide de l'estomac, et l'application des ventouses.

*ns nouvelles sur l'asphyxie.* — Dans un mémoire récent, M. le doc- a singulièrement ajouté aux connaissances que nous possédions sur il a pénétré plus avant que personne dans la nature intime de cette . Nous ne pouvons indiquer que quelques points de ce travail remar-

les plus importants consiste dans la *perte de la sensibilité*. « L'in- l'auteur, paraît avoir deux degrés : dans le premier, elle résiste aux aniques, mais non à l'action du feu; dans le second, celui-ci même sur elle; dans les deux cas, elle commence par les extrémités du lle s'étend progressivement vers le haut du tronc. Quand elle com- t impunément pincer la peau des extrémités des membres, tandis qu'à umaire et sous les clavicules, on provoquerait encore des signes de nême, à un degré plus prononcé, j'ai vu très souvent le fer rouge les membres ou à la partie inférieure du corps, sans qu'il en résultât nent, alors qu'il suffisait d'une légère application sur les côtés de la exciter des cris... C'est donc à la poitrine, et particulièrement à sa eure, que la faculté d'être excitée par le calorique s'éteint en der- ensibilité disparaît des extrémités des membres vers le haut de la poi- ujours en sens inverse qu'elle revient : dans quelques cas, j'ai pu, au er rouge, en suivre la marche avec facilité; on la voyait renaître endue de la poitrine, sur le tronc, sur la partie supérieure des mem- aux extrémités. A la dernière limite, quand le fer rouge n'a plus lans un point très circonscrit, ce n'est pas une manifestation de dou- ontre d'abord, mais une série de mouvements musculaires, dont le éfinitive, est une inspiration; ce n'est que quand celle-ci a été suivie utres que les signes de souffrance se caractérisent. »

tenant les considérations exposées par l'auteur sur la nature de l'as-

t donc la nature intime de l'asphyxie? Le symptôme initial est un nt de paralysie dans les parties les plus éloignées du cœur; le dernier de cette paralysie aux dernières limites de l'organisme. Elle s'an- d par des troubles dans l'intelligence, et elle en éteint progressive- s après les autres, toutes les manifestations actives.

ps après que les facultés intellectuelles et les fonctions sensoriales ont ctions organiques sont conservées, et elles s'exécutent encore d'une ou moins parfaite. C'est du moins ce que laissent présumer les trou- èlent en elles au moment même où l'asphyxié paraît être devenu en- nger au monde : les vomissements, le larmoiement, la défécation, urines, etc.

*es expérimentales sur l'asphyxie et son traitement* (*Archives générales de* , 1856).

» Après les fonctions organiques, ce sont les propriétés de la matière qui v disparaître ; mais, comme si la vie ne renonçait qu'avec peine à ses prérogatives, s'établit entre les propriétés et les fonctions une sorte de lutte à qui survivra. Al survient l'état de mort apparente ; c'est alors que se produisent ces actes qui ti nent peut-être autant des propriétés de la matière que des fonctions des orga Ainsi il est évident que la notion des différences de température a cessé, et cep dant, si l'on soumet l'asphyxié aux chocs réitérés d'une douche alternativem froide et chaude, il fera encore quelques mouvements; il ne voit plus, et pourt ses pupilles se contractent et se dilatent encore, en raison du degré de clarté, et

» Jamais la paralysie n'arrive au dernier degré sans avoir parcouru tous l états intermédiaires, et elle ne rétrograde pas d'elle-même; jamais enfin l asphyxié ne meurt instantanément, comme il ne revient pas à la vie par ses prop forces, si les conditions restent les mêmes ; on pourrait soutenir qu'il y a enc dans la manière dont les accidents se développent un signe caractéristique.

» Même à sa dernière limite, on croirait que la vie hésite à s'évanouir, car période de la mort apparente est la plus longue de toutes comparativement; al cependant il ne reste plus de la vie tout entière que quelque chose qui n'est qu' peu plus qu'une propriété organique; elle s'est tellement atténuée, qu'on ne pou rait pas, le plus souvent, distinguer le moment réel de la mort.

» Or, si l'on compare cette forme de la mort avec l'ensemble des phénomènes d retour à la vie, et avec la nature des moyens qui favorisent celui-ci, on verra q si c'est l'impassibilité croissante aux excitants extérieurs qui domine dans le pre mier cas, dans l'autre c'est le retour de l'impressionnabilité sous ces mê agents ; en un mot, que le point de départ de l'état asphyxique doit être une lési profonde de l'excitabilité générale.

» Aussi l'observation et l'expérience avaient-elles établi dès longtemps que traitement de l'asphyxie devait choisir ses éléments d'une manière exclusive d l'ordre des stimulants; que tous les moyens qui ont été doués d'une certaine eff cacité ne la devaient qu'à leurs forces excitatrices ; que tous ceux enfin dont l propriétés s'écartaient de celles-ci n'avaient que des résultats fâcheux.

» Mais si l'indication à remplir est ainsi notifiée d'une manière générale, il s' faut de beaucoup que l'on soit complétement éclairé sur son mode d'application; est en effet une condition indispensable au succès, qui est restée entièrement m connue jusqu'ici : c'est la marche à suivre dans l'administration et l'exécution d moyens d'excitation.

» Au lieu de poursuivre un reste d'excitabilité sur toutes les parties du corps d asphyxiés, sans distinction de régions ou d'organes, comme on le fait ordinaire ment ; au lieu de commencer par leur appliquer des sinapismes aux jambes, des vésicatoires aux cuisses, des irritants de toutes sortes sur le tronc et les membres; au lieu même de les brûler aux pieds avec un fer rouge, comme le conseillait Lan cisi, c'est toujours à partir des régions supérieures et de haut en bas que l'on doit procéder. Il est inutile et dangereux d'agir sur une partie tant que celles qui sont au-dessus restent paralysées : inutile, parce qu'il est certain que l'on n'arrivera à rien ; dangereux, parce qu'en présence de tant d'efforts infructueux, on pourrait s'abandonner à un découragement illégitime.

» Si l'on s'obstine à combattre, par la violence des moyens, la paralysie dans une

t d'avoir ranimé celles qui lui sont supérieures, il n'est pas douteux qu'il iver tout de suite à une force infiniment plus grande que celle qui eût e si l'on eût agi méthodiquement. On pourrait affirmer que si la force our produire un effet déterminé peut être représentée par 10, quand e aux régions supérieures, on devra forcément la porter à 100 et même lus loin, si l'on commence par les extrémités inférieures. En un mot, vec le calorique, la surface tout entière d'un fer à repasser appliqué llets ou sur les cuisses ne donne pas un effet comparable à celui que la pointe ou le bord tranchant de cet instrument, en les portant bord sur le haut de la poitrine; si l'on agit avec l'eau froide, quel- lettes lancées sur la figure suffiront pour faire cesser un évanouissement nit à des affusions réitérées et copieuses sur les cuisses, le ventre ou le itrine. Il faut donc bien plus se préoccuper du choix de la région sur doit opérer, que de l'énergie du moyen à appliquer. Je pourrais citer its dans lesquels on est arrivé, par les procédés les plus simples, par la e la luette ou de l'arrière-gorge, avec les barbes d'une plume, sèche ou un liquide excitant, à des résultats qui avaient échappé aux tentatives les tes.

que soit le moyen auquel on a recours, c'est toujours sur les parties itables qu'il doit d'abord être appliqué, et il ne doit être porté ailleurs, ant, que lorsqu'il a donné là des résultats manifestes.

'est vrai, je ne saurais trop le redire, comme cette fluctuation de la vie des extrémités à la tête, et reparaissant en sens inverse. Il est probable d'avoir connu cette loi, on a laissé périr bien des asphyxiés qu'il eût e de sauver; et quant à moi, je suis certain que si le hasard ne m'avait 'agir dans ce sens chez une jeune fille asphyxiée que j'avais à soigner, failliblement péri.

ntensité ou le peu de gravité de l'asphyxie, ni la violence ou la simplicité s employés, ne modifient cette loi. Un examen attentif des phénomènes ène à remarquer qu'il en est ainsi pour l'action de l'air: ce fluide ne la dilatation de la poitrine, il n'a d'effet sur les fibrilles des pneumogas- i parcourent les poumons, que lorsque les branches supérieures de ces repris leurs fonctions. Je n'ai jamais vu les mouvements du thorax repa- nt que ceux des lèvres, des narines, des paupières, du larynx, etc., se gement dessinés. Enfin la marche des phénomènes est tellement inva- e si, par un moyen quelconque, on empêche les régions supérieures de r pendant que l'on fait pénétrer de l'air dans les poumons, le retour à la int lieu. »

voici les conclusions de l'auteur, et l'indication du traitement qui lui oir être préféré à tous les autres :

'asphyxie, quelle qu'en soit la cause, quelle que soit la forme sous laquelle ésente, est UNE. Si les symptômes qui dépendent de la manière dont elle uite, si ceux qui dépendent des lésions secondaires qu'elle a occasionnées, bles, ses caractères propres, c'est-à-dire ceux qui résultent de l'altération consécutive aux modifications du sang, par suite du défaut d'hématose, ument invariables.

elle suit une marche progressive, en disparaissant de la surface du co
retrouve encore une gradation déterminée dans la décroissance des d
de sa force. On constate facilement que ce sont d'abord les excitations
qui cessent d'agir sur elle, puis le froid, puis le fer rouge. Quand l
appliqué sur le haut de la poitrine, ne produit plus aucun effet,
certaine.

» 4° Lorsque l'asphyxié peut être rappelé à la vie, on le voit recon
une, et dans un ordre inverse de celui de leur abandon, toutes les prop
les fonctions et toutes les facultés. Jamais la locomotion ne se rétablit
ment, et les facultés intellectuelles et morales plus tardivement encore
lité, en particulier, redevient plus puissante dans le point où elle éta
dernier: puis elle augmente en étendue, et enfin elle gagne tout
du corps.

» 5° Le fait fondamental de l'asphyxie est en somme l'abolition de
générale, et celui du retour à la vie est le réveil de cette propriété.

» 6° On doit exclure du traitement tout ce qui peut, soit immédi
consécutivement, soustraire des forces à l'organisme. On ne prendra
effets d'une altération organique les perturbations qui peuvent se présen
au coma, convulsions, contractures, etc. Ces accidents, qui sont uniq
tionnels, dépendent de l'état asphyxique; ils se dissipent avec lui, ils
aucun traitement spécial. Enfin on s'abstiendra surtout de la saigné
entendu que ceci est dit pour l'état asphyxique seulement, ou pour l
heures qui suivent, et non pour les accidents vraiment inflammatoir
raient se développer ultérieurement.

» 7° Le seul traitement qui convienne prend exclusivement ses élém
parmi les excitants. Ceux-ci perdent ou augmentent en puissance
mode selon lequel ils sont appliqués. De bas en haut, c'est-à-dire dans

ment pour obtenir les premiers signes de retour, mais encore pour lutter tte tendance qu'a le sujet à retomber dans sa somnolence, et à s'éteindre ive aussitôt qu'on cesse de le solliciter.

La première résistance devra être surmontée à l'aide des affusions froides cautérisations, quelquefois par ces deux moyens employés simultanément. sions atteindront toute l'étendue du corps; elles seront dirigées surtout vers le selle sorte toutefois qu'il ne pénètre pas d'eau dans la bouche; elles seront avec force et à de courts intervalles. Si l'on est à proximité d'une fontaine t a une certaine puissance, on exposera au-dessous la nuque et le sommet du sujet pendant quatre ou cinq secondes, à diverses reprises.

r les cautérisations, il suffira du premier objet capable d'être chauffé for- un morceau de fer, un charbon, une pipe ardente, etc. On pourra, pour compte de l'état du sujet, commencer par éprouver la sensibilité à partir émités inférieures; mais il ne faudra jamais compter, pour le ranimer, que applications pratiquées de haut en bas, à partir d'un point où la sensibilité encore. Le cautère devra être appliqué très légèrement; on devra multiplier ations, mais faire en sorte qu'elles n'aient pas plus de 3 millimètres en et qu'elles ne dépassent pas l'épiderme en profondeur. Aussitôt que l'on nu quelques signes de sensibilité, on étendra rapidement les cautérisations la surface du corps; on forcera le sujet à crier, à se défendre, à s'agiter. la sensibilité sera revenue partout, on remplacera les cautérisations par la ion, soit avec les mains, soit avec des orties fraîches, soit avec des cordes, ères, des baguettes, etc.

ne devra donc laisser aucun intervalle dans le traitement, tant que l'as- ne sera pas revenu complétement à lui; si, par une circonstance ou par tre, il retombait dans son premier état, il faudrait reprendre les cauté-

Enfin, une fois que l'asphyxié sera ranimé, bien loin de le laisser se r et s'endormir, on devra encore, pendant plusieurs heures, non-seulement veiller, mais le tourmenter, le forcer de toutes les manières à prendre du ment, afin de surmonter cette tendance aux congestions hypostatiques qui des effets constants de l'asphyxie, et qui, selon toute apparence, est la cause minante de la mort, lorsqu'elle n'arrive que plusieurs heures après le retour vie. »]

## ARTICLE III.

### HÉMOPHILIE.

#### § I. — Synonymie, définition.

ette affection a été nommée par les auteurs allemands qui les premiers l'ont e, *Blutkrankheit* ou *Bluterkrankheit*; par les Anglais, *hæmorrhagic tendency thesis*; par les Français, *diathèse hémorrhagique*, *tendance aux hémorrhagies*, rhaphilie ou *hémorrhagophilie*. Le travail le plus important qui ait été fait sujet dans ces derniers temps (1) porte le titre d'*hémophilie*, mot plus har- eux que *hémorrhagophilie*, et qui tend à prévaloir dans l'usage.

(1) Magnus Huss, *Archives gén. de méd.* Paris, août 1857.

L'hémophilie n'est point décrite dans les traités classiques de médecine en France; cependant elle mérite d'occuper dans le cadre nosologique une place importante. Nous pensons que, malgré l'obscurité qui règne encore aujourd'hui sur quelques-uns des traits principaux de l'hémophilie, on peut, grâce à des mémoires épars et à des observations isolées, mais assez multipliées, en donner un aperçu.

L'*hémophilie* est en général une affection héréditaire, une sorte d'état constitutionnel et diathésique en vertu duquel plusieurs individus d'une même famille sont sujets à des hémorrhagies habituelles. Ces hémorrhagies sont, quant à la gravité, telles que le plus souvent la mort en est, soit immédiatement, soit au bout d'un certain nombre d'années, la conséquence fatale. Les causes de ces hémorrhagies ne sont pas toujours appréciables; le traumatisme en est parfois le prétexte; d'autres fois, et plus fréquemment, elles surviennent spontanément et sans cause occasionnelle. Le siége de ces hémorrhagies n'est pas toujours le siége ordinaire des hémorrhagies survenant chez les malades atteints de lésions organiques, ou de celles qui se montrent dans certains états intermédiaires à la santé et à la maladie : l'épistaxis est sans doute très fréquente chez les hémophiles, ainsi que l'hématémèse et l'hémoptysie, mais ce qui caractérise surtout ces hémorrhagies, c'est qu'elles peuvent se faire par la peau, sans rupture apparente, et que le sang peut sourdre à la fois ou successivement de tous les orifices du corps. Ces hémorrhagies s'accompagnent le plus souvent d'un état morbide général d'une nature particulière.

Cependant, à côté de ce type de maladie si bien défini et auquel on pourrait reprocher d'être plus nettement accentué dans les auteurs qu'il ne l'est dans la nature, il existe un très grand nombre d'autres types qui s'en rapprochent et que souvent sont confondus sous le même nom. Aussi, lorsqu'on fait l'analyse des différentes observations publiées dans les recueils d'Allemagne, d'Angleterre, d'Amérique et même de France, est-on surpris de voir que l'hémophilie comprend pour une bonne part le *purpura hæmorrhagica*, le scorbut, la leucocythémie. Où est la vérité? Nous ne saurions, quant à nous, trancher une question qui ne peut pas même être soumise à la controverse avant que les éléments en soient groupés et classés. Nous nous contenterons d'exposer les faits tels qu'ils se présentent dans les auteurs, sans avoir aucunement l'intention ni les moyens de faire un travail de critique pour lequel les matériaux nous manqueraient.

On reconnaît d'ailleurs quelques caractères communs à la plupart de ces maladies auxquelles il conviendra peut-être plus tard de reconnaître également une origine unique, quoique les manifestations en soient plus ou moins différentes.

Parmi les nombreuses variétés d'hémophilie, nous pourrions en choisir plusieurs et les exposer parallèlement; il suffira de mettre sous les yeux du lecteur des extraits de deux observations empruntées à des auteurs modernes du plus grand mérite.

Sous ce nom, *cas de maladies rares*, le docteur Magnus Huss a publié dans les *Archives de médecine*, en 1857, un mémoire contenant, entre autres descriptions, celle d'un cas d'*hémophilie* observé chez une jeune fille de vingt-trois ans, à Stockholm. Cette observation sur ce sujet ne s'éloigne pas trop du type que la plupart des médecins sont convenus de reconnaître à l'hémophilie. Cependant l'hérédité manque, et la première manifestation hémorrhagique a pour cause détermi-

up violent reçu sur la tête. A partir de ce moment, il se déclare des s périodiques par différentes voies, soit par les orifices muqueux, soit ces attaques sont accompagnées de fièvre et de délire. La cause occa-aît être chaque fois une émotion morale vive. Nous ne pouvons mieux édifier les lecteurs sur la valeur de cette observation, que d'en mettre eux les passages les plus saillants : « Les seuls points de la superficie ui sécrétaient le sang étaient, à l'exception du conduit auditif extérieur che, ceux où il y a des cheveux ou des poils : le crâne, les bords des l'aisselle gauche, le tour du mamelon gauche et le pubis. Il n'y avait au d'autre place qui saignât; mais pendant les attaques d'hémorrhagie entes, il survenait des ecchymoses et des sugillations sous-épidermiques é gauche du corps, commençant à l'épaule et s'étendant de haut en bas nt... Les parties intérieures d'où le sang s'échappait étaient la mem-euse de la bouche et du gosier (probablement aussi celle de l'œsophage), elle de l'estomac, peut-être aussi la partie supérieure de l'intestin

ément avec les vomissements de sang et avec la formation des ecchy-l'épiderme, apparaissaient des symptômes de congestion au cerveau et mbranes. Ces symptômes consistaient dans un état de stupeur plus ou nd, alternant avec du délire; tour à tour l'une des deux pupilles plus ilatée que l'autre; du strabisme à l'œil gauche, etc..... Les hémorrha-ées internes et externes de divers organes autoriseraient peut-être l'hy-ne hémorrhagie du cerveau, surtout lorsqu'il y avait un état de intracrânienne bien prononcée; mais cette opinion est contredite par es paralysies du mouvement et de la sensibilité se guérissaient vite et nt complétement. »

om de *diathèse hémorrhagique*, le docteur Poland, médecin à Guy's-lécrit un cas d'hémorrhagie suivi de purpura chez un enfant de dix-neuf le frère avait eu également une forte hémorrhagie pour s'être mordu la norrhagie dont on ne put se rendre maître. Le malade de M. Poland émorrhagie du vestibule de la bouche, au voisinage du frein de la lèvre : après diverses applications infructueuses, on employa le fer rouge, et gie s'arrêta. Le lendemain, le corps de l'enfant était couvert de larges urpura, ressemblant aux ecchymoses résultant de coups. On mit l'enfant e alimentaire fortifiant, on lui fit boire du jus de citron, on lui adminis-ion avec le chlorate de potasse, et au bout de trois semaines la guérison ète.

pas là un purpura? et n'est-ce pas faire un abus des mots que d'appeler ophilie? Ce n'est pas l'opinion du docteur Poland, qui pense que la t résolue en faveur de l'hémophilie par ce fait, que ce qui a prédominé émorrhagie, et qu'un autre membre de la même famille avait succombé orrhagie survenue à l'occasion d'une blessure sans gravité.

s auteurs modernes auxquels nous avons le plus emprunté, nous devons ord MM. Magnus Huss (1), Grandidier (2), James Miller (d'Édim-

philie (*Arch. gén. de méd.*, août 1857).
lémophilie oder die Blutkrankheit. Leipzig, 1855.

burgh) (1), Alfred Poland (2), Laveran (3), Bennett, Virchow (4), le Lange (de Potsdam) (5).

On trouve dans le mémoire du docteur Lange, traitée tout au long et d grand détail, la question de l'hémophilie, principalement aux points de vue et bibliographique. L'auteur cite 52 mémoires publiés en Allemagne, 4 2 en Danemark, 2 en Russie, 30 en Angleterre et en Amérique, 11 en Fra lesquels les plus importants sont ceux de M. Lebert (*Archives de médeci* Tardieu (*Archives de médecine*, 1841).

### § II. — Causes.

*Climat.* — Cette maladie se montre de préférence dans le nord magne; on l'observe aussi fréquemment aux États-Unis d'Amérique, vent en Écosse et en Suède; elle est rare dans notre pays. D'après G (*loc. cit.*), les limites dans lesquelles apparaît cette maladie sont : en E 43e au 60e degré de latitude nord, et dans l'Amérique du Nord, du 30e gré. On ne peut pas préciser de limite d'altitude, car cette affection a été aussi bien sur les côtes de la Hollande et du nord de l'Allemagne qu'e jusqu'à une hauteur de 5000 pieds au-dessus du niveau de la mer.

*Hérédité.* — L'hémophilie a été considérée d'abord comme étant né ment héréditaire; un auteur allemand faisant la statistique des familles de cette maladie les appelle *Bluterfamilien*. En effet, l'hérédité joue ici rôle.

Grandidier, en 1850, connaissait 150 familles atteintes de cette affectio ditaire, en Allemagne seulement. On ne lira pas sans intérêt la statistique donnée par le docteur Lange (*loc. cit.*)

| Pays. | Nombre des familles. | Nombre des ind |
|---|---|---|
| Allemagne | 53 | 130 |
| Suisse | 4 | 26 |
| Italie | 1 | 1 |
| France | 10 | 16 |
| Belgique | 1 | 1 |
| Danemark | 2 | 5 |
| Suède | 1 | 2 |
| Russie | 1 | 6 |
| Amérique du Nord | 21 | 46 |
| Angleterre | 12 | 32 |
| Écosse | 4 | 11 |
| Irlande | 1 | 3 |

(1) *On the treatment of the hæmorrhagic diathesis* (*Braithwaite's Retrospect*, 18
(2) *Guy's hospital cases of hæmorrhagic diathesis* (*Braithwaite's Retrospect*, 18
(3) *Hémophilie et leucocythémie* (*Archives de médecine*, octobre 1857).
(4) *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*. Erlangen, 1854, etc.
(5) *Statistiche Untersuchungen über die Bluterkrankheit* (Mémoire inséré dans le de F. W. Oppenheim, n° 45, Hambourg, 1850).

ait pas cependant s'exagérer l'importance de l'hérédité, et croire à
ommes doués du monopole de cette malheureuse faculté hémorrha-

des cas isolés est considérable.

*verses.* — Parmi les cas d'hémophilie, il en est un grand nombre, la
doute, qui appartiennent à des personnes tenant cette disposition de
, mais on en compte beaucoup chez lesquels la maladie s'est montrée
ents de famille, sans cause prédisposante connue. On peut ranger les
en trois classes : ceux qui ont la disposition héréditaire, ceux chez les-
orrhagie se montre sans cause appréciable, ceux chez lesquels elle se
casion d'une lésion traumatique. Dans ce dernier cas, on voit souvent
apper non pas seulement de la blessure, mais de différentes parties du
nellement des orifices muqueux, en sorte que le traumatisme agirait
nie tout entière, et non pas seulement sur le point blessé.

nes y sont beaucoup plus sujets que les femmes. Grandidier rapporte
4 hémophiles il y en a eu 452 du sexe masculin, et 32 du sexe

l est, d'après Grandidier (*loc. cit.*), l'âge du décès des hémophiles

morts du sexe masculin, il y en avait :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 17 | âgés de moins de | | | 1 | an. |
| 61 | entre | 1 | et | 7 | ans. |
| 34 | — | 7 | — | 14 | — |
| 12 | — | 14 | — | 21 | — |
| 6 | — | 21 | — | 28 | — |
| 5 | — | 28 | — | 35 | — |
| 3 | — | 35 | — | 45 | — |
| 4 | au-dessus de . . | | | 50 | ans. |

cès du sexe féminin, il y en a eu :

| | | |
|---|---|---|
| A l'âge de | moins de 1 an . . | 4 cas. |
| — | de 1 à 2 ans. . | 3 |
| — | de 19 ans. . | 1 |
| — | de 20 ans. . | 2 |

l'âge où, pour la première fois, les malades ont été atteints d'hémo-
hiffres donnés par Grandidier, et rapportés par M. Magnus Huss, sont
: Sur 65 cas chez des hommes, la maladie a commencé, dans 46 cas,
de l'âge de 1 an ; dans 5 cas, entre 1 et 2 ans ; et dans deux cas à l'âge
*Jamais elle n'a débuté après cet âge.* Sur trois femmes hémophiles,
evenue malade à moins d'un an ; et dans deux cas, de 1 à 2 ans.

s chiffres donnés par Grandidier se rapportent à l'âge des malades hémo-
t alors qu'il écrivait. Voici ces chiffres :

| Hommes. | Femmes. |
|---|---|
| 5 de 1 à 4 ans. | 1 de 6 ans. |
| 5 de 4 à 10 — | 1 de 7 — |
| 13 de 10 à 15 — | 1 de 14 — |
| 9 de 15 à 20 — | 1 de 16 — |
| 8 de 21 à 25 — | 1 de 18 — |
| 8 de 25 à 30 — | 1 de 19 — |
| 6 de 30 à 35 — | 1 de 20 — |
| 3 de 35 à 40 — | 1 de 34 — |
| 7 de 40 à 50 — | 1 de 45 — |
| 3 de 51 à 70 — | 1 de 62 — |
| 67 | 10 |

§ III. — Symptômes.

Les *symptômes* peuvent se diviser en plusieurs catégories : ceux qui d de l'hémorrhagie elle-même, ceux qui sont particuliers à la maladie et cèdent ou accompagnent l'accès, et ceux qui résultent de l'anémie. Les sont des bourdonnements d'oreille, une faiblesse qui peut aller jusqu' cope, etc. Les seconds sont un état fébrile rarement intense, une sorte tion, de la céphalalgie, quelquefois un léger délire avec soubresauts des te douleurs dans les articulations, des palpitations de cœur, de la dyspnée. leurs dans les articulations ont été souvent tellement fortes et persistante ont pu simuler le rhumatisme articulaire ; elles ont parfois précédé les ac

Parmi les symptômes appartenant à l'hémophilie, on range aussi les ec et les tumeurs sanguines sous-cutanées. Ces ecchymoses peuvent se mont pendant et après les hémorrhagies. Leur siége de prédilection est, suiv didier, les fesses, le scrotum et les jambes.

Si l'on analyse chacun de ces symptômes, on voit que l'hémorrhagie p et doit attirer l'attention avant tout, non-seulement au point de vue de de la maladie, mais aussi à un point de vue purement nosographique. Il testable que la gravité de l'hémorrhagie n'est nullement en rapport avec l s'il y a traumatisme, et que, dans les cas si fréquents où aucune cause de n'intervient, il n'y a ni altération organique ni affection aiguë des surfac quelles se fait l'hémorrhagie. Y a-t-il hématémèse, le sang ne provien ulcère de l'estomac ni de varices stomacales. Est-ce de l'hémoptysie, l provient pas de congestions autour de noyaux tuberculeux, ni de ruptur seaux dans des cavernes. D'ailleurs, c'est un fait presque constant que l'a de l'hémorrhagie en plusieurs points. Il est très commun de voir cette hé se montrer d'abord sous la forme d'épistaxis tenaces. Quelquefois elle se l'occasion de l'avulsion d'une dent, et a pour siége la cavité alvéolaire.

Un fait des plus remarquables, c'est que le sang s'écoule au dehors n ment par les orifices muqueux, mais encore par des voies anormales, par par exemple, et l'on ne voit pas, en ce cas, de rupture pouvant expliquer ment ce phénomène morbide.

Les pétéchies, les taches pourprées, les ecchymoses larges et d'une coule les vibices, surviennent fréquemment, et sont l'indice de la tendance qu'a

à s'échapper par toutes les voies. Des hémorrhagies ont lieu quelquefois dans les cavités séreuses.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

*Siége et point de départ de l'hémorrhagie.* — Dans les cas où l'hémorrhagie s'est faite spontanément et sans qu'une cause traumatique vînt ouvrir les tissus, on a remarqué qu'elle se faisait surtout à la surface des membranes muqueuses, telles que celles du nez, de la bouche, de l'estomac, des bronches. La partie du corps qui est le plus souvent le siége de ces hémorrhagies est sans contredit la muqueuse nasale. Ce fait pouvait être, pour ainsi dire, prévu. Si l'on admet que l'état local importe peu ici, vu la disposition générale prédominante de l'économie et la facilité du flux sanguin en quelque point que ce soit, on conviendra que le siége prédestiné, pour ainsi dire, des hémorrhagies, devait être les narines, par lesquelles, à l'état normal, se font les écoulements spontanés de sang chez un si grand nombre de sujets. On ne lira pas sans intérêt le relevé suivant, fait par Grandidier (*loc. cit.*). Le sang s'est écoulé :

| | |
|---|---|
| Par le nez | 110 fois. |
| la bouche | 32 |
| les intestins | 32 |
| l'estomac | 8 |
| les voies urinaires | 11 |
| les poumons | 14 |
| le bout des doigts | 3 |
| le cuir chevelu | 2 |
| la langue | 3 |
| la glande lacrymale | 3 |
| l'oreille | 1 |
| les organes sexuels féminins | 8 |

D'après une autre statistique, empruntée au docteur Lange, les cas mortels ont eu pour cause des hémorrhagies survenues dans les circonstances et aux points suivants :

Blessures (non produites par des opérations chirurgicales), 26 fois, savoir : morsure du bout de la langue chez des enfants par chute, 5 fois; petite égratignure qui saigna au bout de quatre jours, une fois; blessure insignifiante à la tête, une fois; blessure sans importance, dont la croûte avait été enlevée, une fois; petite plaie de tête qui ne saigna que quelques jours, mais détermina la mort par épuisement, une fois; abcès ouvert spontanément, une fois; avulsion d'une dent par suite d'une chute, une fois; petite plaie de 2 lignes de profondeur reçue à la face, dans un duel, une fois; petite blessure à la paupière ou à la tête, 4 fois; petite blessure à la main, une fois; contusion à l'ongle d'un doigt, une fois; déchirure du frein de la lèvre supérieure par une chute, une fois; blessure au nez, une fois; plaie d'orteil, une fois; plaie de cuisse, une fois; hémorrhagie uréthrale, une fois.

Blessures (faites par l'art, ou chirurgicales) : section du frein de la langue, une fois; morsures de sangsues, 2 fois; vésicatoires, 2 fois; extirpation d'une dent, une fois; circoncision, 3 fois; ventouses scarifiées, une fois; scarification des gen-

cives, une fois; saignée d'une veine, une fois; hémorrhagie nasale traumati
(par chute ou coups), trois fois; hémorrhagie nasale spontanée, 8 fois; hémorr
gie ombilicale, 8 fois, etc.

Peut-être s'étonnera-t-on que les organes génitaux de la femme n'aient pas
notés comme donnant lieu plus souvent à des hémorrhagies de la nature de ce
que nous étudions. Ce fait, qu'il faut accepter comme résultant de l'observati
aurait besoin de commentaires, si l'on avait en vue d'accorder la pathologie av
les théories physiologiques régnantes, préoccupation qui viendrait mieux en sa pla
à l'occasion de quelque autre maladie moins obscure que n'est celle-ci.

Les auteurs signalent la fréquence d'hémorrhagies très abondantes et difficile
arrêter chez des hémophiles, à la suite de l'avulsion d'une dent. La mort est q
quefois survenue par le fait d'un semblable accident. Ce fait est important à co
naître. Il en résulte qu'on ne doit pas traiter avec légèreté ces sortes d'hémorr
gies, mais qu'il faut y porter remède le plus promptement possible.

*Durée et intensité de l'hémorrhagie.* — On a vu dans quelques cas l'hém
rhagie ne pas s'arrêter et les malades succomber. D'autres fois, et c'est le ca
plus ordinaire, lorsque la mort survenait, c'était à la suite d'une série d'hémorr
gies qui avaient successivement épuisé l'économie. Le plus souvent ces hém
rhagies s'arrêtent d'elles-mêmes, qu'il y ait ou non syncope. Elles s'arrêtent q
quefois, grâce aux secours de l'art. La durée peut en être d'une ou plusi
heures et d'un ou plusieurs jours; cela dépend de la quantité de sang qui se p
dans un temps donné.

La quantité de sang qui peut ainsi se perdre a été rarement appréciée. Cepend
nous trouvons, dans M. Magnus Huss, les chiffres suivants : le vomissement fai
perdre à son malade d'un tiers à deux tiers de litre de sang en vingt-qua
heures; il en sortait en même temps autant par la peau. Cette quantité est rel
vement faible. Dans le cas de M. Laveran, le sang qui s'écoulait des narines ét
de 300 grammes en quelques heures. Quoiqu'il faille se défier des chiffres fabuleux,
il faut néanmoins admettre comme certain que les malades ont quelquefois perdu
plusieurs livres de sang en moins de vingt-quatre heures.

*Retours ou accès.* — Nous avons dit que les hémorrhagies se reproduisaient
de certains intervalles. On a pu penser quelquefois qu'il existait pour cela une so
de périodicité régulière; mais ce fait n'a pas été suffisamment établi, et l'expérien
montre au contraire que le retour des hémorrhagies a lieu irrégulièrement, tan
tous les jours ou tous les mois, ou plusieurs fois dans l'année.

A la suite des accès, les malades conservent une anémie plus ou moins marqué
et quelques auteurs ont fait des descriptions très détaillées de la physionomie et
l'apparence extérieure de ces malades. L'état anémique et la cachexie, tel est en f
de compte le résultat de ces hémorrhagies. La dyspepsie, les névralgies de la fac
le peu de réaction de l'organisme, une faiblesse très grande, ont été notés. Cepen
dant il est incontestable que lorsque les accès sont éloignés, la santé peut revenir
à moins que les malades ne vivent dans des conditions d'insalubrité, d'humidité
de misère, circonstances qui peut-être ont plus d'influence qu'on ne croit sur la
production et le retour de la maladie.

*Terminaison.* — La mort est souvent la terminaison plus ou moins tardive de
l'hémophilie. On peut dire que cette affection est des plus graves, mais on ne sau-

…igner un terme. Les causes déterminantes de la mort sont des hémor-… des gangrènes, l'anémie, un état cachectique. La gravité en est d'autant …de, que les malades sont plus jeunes; aussi voit-on succomber à cette … un grand nombre d'enfants de moins d'un an.
…te des cas nombreux de guérison. En pareil cas, on a vu les accès devenir …en plus rares, et cesser. Cette terminaison heureuse a eu lieu généralement …te et quarante ans.

## § V. — Diagnostic.

… avons dit que l'hémophilie pouvait affecter différentes formes et se … dans des circonstances variées. Néanmoins les auteurs qui ont traité …estion ont pensé pouvoir en établir le diagnostic, ainsi qu'il suit: Les … avec lesquelles on pourrait confondre l'hémophilie sont surtout le scor-… pourpre hémorrhagique; mais le scorbut est caractérisé par la lésion …cives, par les douleurs musculaires et l'œdème des mollets, la stupeur, la … aux ulcérations et aux gangrènes, et les épanchements dans les cavités … Dans le purpura, il n'y a que des hémorrhagies de peu d'importance; ce …omine, ce sont les taches cutanées. D'ailleurs, dans le pourpre aigu il y a …t un état fébrile des plus intenses. En tout cas, l'illusion ne serait pas de …urée, le pourpre étant une maladie aiguë, tandis que l'hémophilie procède … Cependant il importe médiocrement de tenter cette distinction, lorsqu'on …re qu'à l'accident. C'est surtout par la marche de la maladie, par sa durée, …retours, par les circonstances commémoratives, que le diagnostic s'établit. …cocythémie spléno-hépatique s'accompagne très souvent des pertes de sang …tes, et d'où résulte la mort, non pas brusquement, mais par suite d'un …ement progressif. Cette cachexie est incontestablement l'une des formes …ophilie.

## § VI. — Lésions anatomiques.

*…ure de l'hémorrhagie, qualité du sang écoulé, anatomie et physiologie …giques.* — L'hémorrhagie peut se faire sous les formes suivantes: écou-… du sang pur au dehors, ecchymoses et extravasation de sang formant …s, épanchement dans les cavités séreuses articulaires ou autres. Quel …t des tissus, et principalement des vaisseaux? Lorsque le sang apparaît sur …rface intacte comme la peau, par exemple, faut-il admettre une transsu-…? Cette idée répugne à nos connaissances physiologiques. Cependant des … du plus grand mérite, médecins et anatomistes, comme Virchow (1), …des cas dans lesquels l'hémorrhagie se faisait par la peau *saine*, à la nuque, …ules, à l'abdomen, au bout des doigts, des mains et des pieds, et aux …, et avouent qu'on n'a pu déterminer par quelle voie le sang s'échappait. …gnus Huss (2) décrit ainsi la façon dont l'hémorrhagie à la peau avait … sa malade: « Quand on examine à la loupe la surface saignante, on ne … de traces d'excoriation à la peau, mais on voit bien positivement le sang

(1) *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.* Erlangen, 1854.
(2) *Loc. cit.*

filtrer autour du cheveu ; si l'on arrache un cheveu, on ne trouve pas qu
en soit altérée. Cette hémorrhagie du crâne peut ne durer que quelques
alors le sang coule en petite quantité ; il est plus ordinaire cependant qu
rhagie continue sans interruption pendant deux à trois jours ; elle a d
six jours. Pendant l'hémorrhagie, la peau n'est notablement tuméfiée
place qui saigne ni dans ses alentours; elle est seulement un peu sensible
sion, et la température en est un peu plus élevée..... La malade a une s
chaleur et de battement à l'endroit qui va saigner..... Le plus souve
sortait des follicules des cils de la même façon que du cuir chevelu, ave
abondance quelquefois, que lorsqu'on ne l'essuyait pas, il s'en formait
sur l'œil entier. Les cils supérieurs et inférieurs saignaient toujours sim
Plus rarement le sang filtrait aussi des poils, sous l'aisselle gauche. »
après avoir rapporté ces faits, en donne l'explication suivante : « Attendu
derme était sans lésion, et que le sang suintait autour des racines des
des poils, l'hémorrhagie ne peut avoir d'autre source que les vaisseaux
des follicules des cheveux et des poils..... »

*Conditions anatomo-physiologiques.* — Si l'on prend les personne
d'hémophilie, et qu'on examine, soit leur sang, soit leurs organes cir
que voit-on? Le sang, dans la plupart des cas, d'après les auteurs, ava
lités normales, ou du moins se présentait avec des caractères normaux. O
dans quelques cas les globules blancs très nombreux, et la leucocythémie
à se fondre pour ainsi dire avec l'hémophilie. Virchow, attribuant à la n
considérable dans les hémorrhagies survenant dans certains états cachect
altération du sang (scorbut, hémorrhagie pétéchiale, fièvres intermittent
ouvert la voie à de nouvelles recherches.

L'examen du sang a été fait, et ce genre d'observation tend à se mul
jourd'hui, que des travaux nombreux ont paru sur l'analyse et l'examen
phique du sang. Le plus ou moins de liquidité, la prédominance de tel
ment observé à l'œil nu, tel que le sérum, la fibrine ou les globules; et
sence, dans le sang vu au microscope, des globules blancs en plus ou mo
quantité, ont été notés. Les travaux de Bennett et de Virchow sur la leuk
vaient ici leur application, et l'on n'est point étonné de rencontrer da
récentes observations d'hémophilie une note spécialement consacrée a
blancs.

M. Magnus Huss a noté que le sang qui s'écoulait de la peau chez
avait une couleur rouge artérielle, et qu'il se coagulait très rapidement
men microscopique, on ne trouvait que des globules rouges d'aspect no
raissant sains. La proportion du sérum était normale. Le seul signe
d'être noté ici, c'est que la couleur était celle du sang artériel. Cependa
nions varient à cet égard, et les auteurs signalent tantôt la couleur rouge
couleur noire du sang; il en est de même pour la tendance du sang à s
plus ou moins rapidement. Dans une observation publiée en 1857 (1) par M.
médecin au Val-de-Grâce, se trouve l'analyse du sang d'un hémophile.
paru semblable à celui des leucocythémiques, aussi l'auteur a-t-il in

(1) *Archives de médecine*, 1857.

: *Hémophilie avec leucocythémie.* Il y avait en outre altération de la rate. e du sang dans ce cas a fourni les résultats numériques suivants :

| | |
|---|---|
| Caillot desséché. . . . . . . . . . | 104,5 |
| Matières fixes du sérum. . . . . . | 50,0 |
| Eau. . . . . . . . . . . . . . . | 855,5 |
| | 1000,0 |

y avait de plus remarquable était l'aspect du sang vu au microscope ; le l'aspect d'un pus très étendu, celui d'un épanchement de la plèvre, par à côté de quelques globules rouges, le microscope montrait un courant s un peu volumineux, transparents, quelquefois déchirés sur leurs bords, s à leur centre de quelques points opaques (globules blancs). Le malade sujet de cette observation a succombé à une suite d'épistaxis. Nous ne ous empêcher de signaler ce fait comme ayant sa place plutôt à l'article émie qu'à l'article *Hémophilie.*

eur Bennett, dans une lettre au docteur Cormack, dit que le sang, dans liathèse hémorrhagique, éprouve une altération de ses éléments. Chez un teint de *purpura hæmorrhagica*, le plus grand nombre des globules était s sa forme. Il y en avait d'oblongs, de dentelés, et le nombre des granu- i les entouraient était considérable.

ste, relativement à une altération des vaisseaux, aucune observation con- on a bien invoqué le défaut d'élasticité ou de contractilité des vaisseaux, explication est sans valeur. D'après le professeur Retzius, on pourrait se mpte de ces hémorrhagies en admettant que le système veineux se con- tement, et force ainsi le sang venant du cœur à s'échapper au dehors.

teur James Miller (d'Édimbourg), dans un article (1) intitulé *Traite- a diathèse hémorrhagique*, exprime, sans trop la justifier, il est vrai, l'opi- le sang des hémophiles contient en moindre proportion la fibrine et les que de ce fait résulte une tendance aux congestions capillaires et un pouvoir de coagulation. D'après les travaux de quelques auteurs anglais, onclure que l'opinion régnante parmi les médecins qui se sont occupés ays de l'hémophilie serait que les vaisseaux capillaires, en pareil cas, sont ns leur structure. Les parois en seraient amincies, et leur contractilité ninuée. De là sont nées des méthodes de traitement ayant pour but, soit le sang, soit d'agir sur la contractilité des vaisseaux, méthodes qu'il fau- r sévèrement, si elles ne procédaient de la physiologie, science qu'il con- ncourager et dont l'essor n'est que trop comprimé par la médecine pure- pirique.

## § VII. — Traitement.

*ylaxie.* — Si l'hémophilie est héréditaire et tient à des circonstances a médecine sera le plus souvent impuissante ; en pareil cas, l'hygiène doit ir. Changer le milieu, les habitudes, la condition sociale ; dans tous les fier, ordonner un régime substantiel et réparateur, telles sont les données

(1) *...ithwaite's Retrospect*, 1842.

vagues qui viendront à l'esprit de tout médecin appelé à indiquer des mes ceptibles d'empêcher le retour des accidents.

*Traitement de l'accès.* — L'opium a été administré en vue de donner a seaux capillaires plus de ténuité, et associé, dans des pilules, à l'acétate de

Parmi les remèdes appliqués sur les surfaces saignantes, les styptiques donnés sous toutes les formes. Parmi ces médicaments nous citerons l'es térébenthine, le nitrate de mercure, la créosote, le nitrate d'argent. Il n jusqu'au cautère actuel qui n'ait été employé, mais sans grand succès, il Il est inutile d'exposer ici en détail tous les moyens mis en usage contre les rhagies; la perte de sang, qu'elle ait lieu chez un hémophile ou chez tou malade, doit être arrêtée par le moyen le plus prompt et le moins danger glace maintenue en place sur les parties a été souvent employée, et est moyen lorsque la surface saignante est à portée de la main. Les agents sty sont très multipliés et d'une application facile; nous signalerons le perchlo fer comme pouvant rendre de très grands services.

M. Roberts (d'Édimbourg) rapporte un cas dans lequel un médecin pu arrêter une de ces hémorrhagies qui suivent l'extraction des dents en bour plâtre la cavité alvéolaire.

Nous ne pouvons indiquer ici les moyens chirurgicaux d'arrêter les hém gies, à l'occasion d'une maladie dans laquelle l'hémorrhagie peut se faire et par plusieurs voies à la fois, sans qu'il y ait lésion en un point déterminé.

Dans tous les cas, le régime devra être tonique, et l'alimentation aussi trice que possible.]

---

# SECTION CINQUIÈME.

## ALTÉRATIONS DU SANG EN GÉNÉRAL.

## ARTICLE UNIQUE.

### HÉMATOLOGIE.

[C'est une question de savoir s'il existe réellement des *maladies du sang* doute le sang, comme tous les liquides et les solides de l'économie animale cipe à l'état commun de maladie lorsque existe, soit une fièvre, soit une cach une diathèse. Le sang, étant vivant, n'échappe point aux lois qui régissent l'l tout entier. L'étude du sang, dans les maladies générales, a donc un intérê les anatomo-pathologistes; elle en peut avoir même pour les praticiens, si gnostic doit en être éclairé. Il est certain, dans tous les cas, que beauc théories thérapeutiques et la pratique ou la vogue de certains médicamen nées de l'étude du sang. Pour ne prendre qu'un exemple bien connu de t monde, le fer est devenu l'un des agents thérapeutiques le plus activement em par les praticiens depuis que l'étude du sang dans la chlorose, et dans beauc maladies où les tissus sont décolorés, a conduit les médecins à penser que manquait au sang. On oublie vite, et souvent une pratique devenue gé

ı d'autre point de départ qu'un mémoire oublié, une théorie effacée; la ıbsiste. En fait, il n'est pas un médecin qui n'emploie habituellement, et ırnellement, les préparations de fer à l'intérieur, sous forme de poudre, de sirop; les eaux minérales ferrugineuses sont devenues fort à la mode, ation ferrée est une branche importante du commerce pharmaceutique. même se traite par le fer, et les théories médicales lui sont si bien con-égard, qu'il ne veut pas être contrarié sur ce point, et qu'un médecin venu à contester que le sang *appauvri* ait besoin, pour se *refaire*, de ion dans l'organisme d'une certaine quantité de fer. Un honorable pro-la Faculté de médecine de Paris, qui a entrepris de donner des noms toutes les maladies nouvelles, a créé un mot spécial pour désigner la ı du fer dans le sang (*achalybhémie*). Pendant plusieurs années, on a ır savoir par quelle voie on ferait pénétrer le fer dans le sang, et l'on a s préparations solubles; puis on a découvert que l'iode, combiné avec le nait ce métal dans l'organisme, etc. D'autres auteurs ont cru voir que le t seulement comme stimulant des organes digestifs, et que l'estomac étant ɜur du sang, le fer n'avait ici qu'une action très indirecte.

ı'il en soit, il est certain que l'hématologie a pris rang dans la science, et ɜrçu de quelques travaux modernes sur l'hématologie ne sera point ıème dans un traité destiné principalement aux médecins praticiens.

du sang n'est pas tout à fait moderne, quoique les procédés réguliers soient modernes. Les anciens se sont préoccupés des altérations du sang naladies; mais ils n'en ont connu que les caractères les moins impor-n'ont pas été à l'abri de causes d'erreur qui ont annulé presque tous les le leurs observations. L'école de Cos professait que le sang doit être res-au même titre que les solides, des maladies générales, et Galien regret-ette étude fût abandonnée. Les médecins des temps modernes, depuis la :e, se sont occupés du sang sans grand profit; le grand Sydenham lui-goûté des prétentions à la science mal justifiées de quelques iatro-chi-son temps, déclarait l'étude du sang dérisoire et inutile. Il n'avait pas it; mais la chimie et la microscopie n'avaient point alors donné les espé-tenu les promesses à l'aide desquelles une science se fonde.

pas douteux qu'un certain nombre de médecins des temps modernes is l'étude du sang de niveau avec les connaissances physico-chimiques de ıs; mais ces efforts n'ont rien produit d'utile tant que la physique et la ont pas fourni aux naturalistes les moyens d'observation exacte. Boerhaave travaux nombreux sur le sang : il admettait l'acrimonie acide ou alcaline, osité glutineuse; les vaisseaux jouaient, suivant lui, un certain rôle dans ies : « L'obstruction vient de l'étroite capacité du vaisseau, de la gran-ı masse qui doit y passer, et du concours des deux. » « ... Si le pus vient ıorbé, il se mêle au sang, l'infecte, corrompt les viscères, trouble leurs , et produit ainsi une infinité de maux très dangereux. » Hales publia, un traité d'*hémostatique* rempli de théories ingénieuses, empruntées à que et à la physique. Sauvages décrivit les caractères du sang extrait par dans différentes maladies. Huxham étudia le sang dans un *Essai sur les* t quelques-unes des idées qu'il émit, et qui eurent un grand retentisse-

ment, ont encore cours aujourd'hui. Bordeu étudia le sang, et voulut fo… nosologie sur les altérations supposées de ce liquide ; sa théorie n'est mê… discutable aujourd'hui.

Les travaux contemporains les plus remarquables sur les altérations du … ceux de MM. Prévost et Dumas, Lecanu, Andral et Gavarret, en France ; … magne, ceux de MM. Simon, Lehmann, Nasse, Scherer. Le nombre des … publiés sur ce sujet est tel qu'on ne saurait déjà plus dresser la table des … tous les physiologistes contemporains se sont occupés de cette question : … Frerichs, Lehmann, Virchow, Ch. Robin, Bernard, Brown-Séquard, … multiplié les analyses, les expériences, etc.

Les principaux moyens d'étudier le sang sont le microscope, l'analyse ch… et physique, appliquée au sang extrait du corps d'un animal à l'état sain ou … morbide, et l'expérimentation physiologique, qui a pour but de modifier, … la volonté de l'expérimentateur, la composition du sang.

Haller a contribué beaucoup aux progrès de cette science naissante ; mais … arriver à une époque très voisine de nous, et même contemporaine, pour … des travaux donnant des résultats positifs, et M. Andral, dans son *Essai d'…tologie*, en 1845, a pu dire : « Grâce aux progrès de la chimie organique … certitude actuelle de ses procédés, il semble que le moment soit arrivé … puisse plus que jamais espérer de mettre la vérité dans tout son jour, par l… rigoureux des méthodes expérimentales ; et ce serait faire preuve d'une ig… blâmable ou d'un dangereux scepticisme, que de se refuser à accepter les r… de la science chimique de nos jours, parce que ceux qu'a donnés une autre … qui n'a presque avec elle de commun que le nom, ont été convaincus d'ins… ou d'erreur. »

Nul mieux que M. Andral n'était en droit de donner de pareilles espé… et il n'est pas douteux, en effet, que l'essai d'hématologie publié par cet au… contienne des parties tout à fait neuves et intéressantes. L'introduction de cet … est particulièrement remarquable, et l'on y trouve sur ce que pourra être l'h… tologie des considérations importantes, et écrites dans un beau langage. Cet… cette impulsion donnée à des études si dignes d'être suivies, n'ont pas tro… public médical, en France, disposé à de semblables travaux, et, après un … moment donné à l'admiration, on a presque oublié une tentative qui aurai… avoir des imitateurs, et qui méritait d'être le point de départ d'une école.

MM. Becquerel et Rodier, en 1854, constatèrent l'imperfection de nos m… d'observation et le peu de progrès qu'avait fait l'hématologie, et, bien que ces … teurs aient cru devoir donner des analyses du sang si complètes, si absolues, q… chimistes les plus exercés hésitent presque à les contrôler, ils savent néan… combien de choses manquent actuellement à une semblable étude.

Voici comment ils s'expriment (1) :

« L'histoire des sels organiques et inorganiques du sang est actuellement à p… ébauchée. On ne connaît pas encore le moyen d'obtenir directement et avec … grande exactitude le poids des globules du sang.

» L'histoire des matières grasses n'a encore été qu'indiquée.

(1) *Traité de chimie pathologique*. Paris, 1854.

ésence dans le sang des principes immédiats qui vont constituer les prin-
ments de ce liquide est à peine tracée, et leur existence est même mise
Enfin, les conversions qui s'opèrent dans le sang pendant la respiration,
influence du mouvement de composition et de décomposition des tissus,
re fort obscures. D'un autre côté, même en ne considérant que les pro-
nalyse connus, dans combien d'états morbides ont-ils été appliqués?
n'y a-t-il pas de maladies aiguës et chroniques dans lesquelles la connais-
altérations du sang est encore un mystère?.... »

mblable opinion est exprimée par M. Cl. Bernard (1) :

eureusement la valeur des résultats que nous offre l'hématologie n'est
pport avec la somme des recherches auxquelles a donné lieu cette partie
nie physiologique. » Et, dans un autre passage, le même auteur signale
rincipal de ces recherches :

gré la multiplicité de ces recherches, il faut avouer que l'hématologie est
n sujet fort obscur, en raison de l'impossibilité où l'on est de trouver la
tes les variations obtenues dans les analyses qui ont été faites. Sans parler
tionnement que peuvent subir et que subiront certainement les procédés
s d'analyse encore aujourd'hui très défectueux, de l'avis même de leurs
s, nous pensons que les principales causes de ces divergences sont dans
ce des conditions organiques dans lesquelles le sang a été recueilli. Or,
tions qui sont extrêmement multipliées, peuvent apporter, dans la nature
sanguin, les différences les plus remarquables. »

it avec quelle réserve s'expriment les auteurs contemporains. Il est cer-
le sang peut éprouver une foule d'altérations différentes, soit spontanées,
écutives ou symptomatiques. Le sang étant l'une des parties les plus néces-
entretien de la vie, étant le réservoir où les tissus puisent les éléments de
ition, et où se fait l'échange continuel, le renouvellement des molécules
la moindre perturbation dans les fonctions de l'organisme doit se tra-
une modification du sang, et réciproquement. Mais est-ce à dire que
chimique, telle qu'on la pratique, puisse rendre compte de ces modifica-
siologiques ou pathologiques d'une façon exacte? Ainsi est-il bien certain
ariations de la quantité de fibrine et de globules qu'on a signalées dans
maladie ne puissent pas se rencontrer dans des circonstances physiologi-
suffit, dit M. Cl. Bernard, de faire porter son observation sur les parties suc-
l'une saignée qu'on fractionnera, pour constater à cet égard des variations
bles. On peut observer des différences très nettes entre le sang recueilli au
cement de la saignée et le sang recueilli à la fin; néanmoins la chimie
e peut dès à présent rendre des services, et quelques-uns des résultats
ournit sur le sang peuvent être acceptés.

vient, avant d'aller plus loin, de donner un aperçu de la composition du
état normal. Le sang se compose, pour les chimistes, d'eau qui en forme
rande partie, de corpuscules en suspension (globules), de sérum, d'albu-
fibrine, de matières extractives et minérales ou salines en petite proportion.
antité d'eau pour 1000 est de 780 à 800 en moyenne; les variations de

(1) *ons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de* *e*. Paris, 1859, t. I, p. 176.

l'eau dans le sang sont très considérables. Les globules rouges, extrêmem breux, sont de petits corpuscules discoïdes, d'un rose pâle, ayant 6 milliè limètre de diamètre. Ces globules entrent dans la proportion suivante : 1 1000 chez les hommes, et 125 pour les femmes. La diminution du ch globules est un fait très fréquent, mais ils ne sauraient sans inconvénient au-dessous de 100. Dans certains états d'anémie et de cachexie, on les a vu à 40. L'albumine est en dissolution dans le sang ou à l'état de suspensio peut l'apprécier que par rapport au sérum. Or, pour 1000 de sérum il y a 80 grammes d'albumine. Cette proportion varie, et dans certains états tombe au chiffre 40. La fibrine du sang est cette partie spontanément qui forme la couenne, lorsque le sang extrait des vaisseaux est abandon même à la température ordinaire. On l'obtient par l'analyse, par le quantité de fibrine que contient le sang à l'état normal peut être évaluée à 2,5 pour 1000. Ce chiffre peut s'élever dans l'état morbide jusqu'à 10, MM. Becquerel et Rodier, et il ne peut pas tomber au-dessous de 1. Le tient en outre des matières grasses, qui sont, d'après les travaux les plus la séroline, la cholestérine ; des margarates, stéarates et oléates de soude; inorganiques, le chlorure de sodium, le carbonate de soude, le phosphate de et du fer uni aux globules rouges ; mais ce n'est que par une sorte de co qu'on peut arriver à donner en chiffres la proportion de ces éléments. N voyons pour cela le lecteur aux travaux chimiques, et principalement au MM. Becquerel et Rodier.

Pour l'étude au microscope, ce qui importe, c'est la connaissance des solides tenus en suspension dans le sang. Les globules rouges sont discoïdes, ronds; leur diamètre est de 0mm,006 à 0mm,007, et leur épaisseur de 0 Ils sont plus pesants que le sérum. Les globules blancs, ou leucocytes, sont globules sphériques qui sont à peine dans la proportion de 1 pour 200 rouges. Ils ont un ou plusieurs noyaux : l'eau et l'acide acétique y font par 1 à 4 petits noyaux. Les globulins sont une variété plus petite du globule la proportion de ces éléments peut varier (leucocythémie).

Nous ne saurions réunir tout d'abord les éléments épars d'une science avancée encore que l'est celle de l'hématologie; nous donnerons, en ce qui cerne la physiologie, quelques extraits empruntés au plus récent et meilleur sur cette question (1).

« Considéré d'une manière générale, le sang constitue un véritable milieu nique, intermédiaire entre le milieu extérieur dans lequel vit l'individu tout et les molécules vivantes, qui ne sauraient être impunément mises en rapport avec ce milieu extérieur. Aussi le sang contient-il tous les éléments néces la vie, éléments qu'il vient puiser au dehors par le moyen de certains app organiques. Ensuite il agit comme véhicule de toutes les influences qui, ve dehors, agissent sur les fibres des tissus : oxygène, substances nutritives, tions de température. »

Si l'on se demande quelles parties du sang sont nécessaires à l'accomplis de son rôle mécanique et quelles parties assurent l'accomplissement de so

(1) Cl. Bernard, *Leçons sur les liquides de l'organisme*. Paris, 1859, t. I, p. 12.

ue, on voit qu'elles sont toutes différentes. Les aptitudes physiques du nes au composé albumino-fibrineux qui est en dissolution dans le sérum ; physiologique est liée surtout à l'existence des globules.

tance physiologique des globules a été d'abord mise en évidence par les s que l'on a faites sur l'opération de la transfusion. Dans cette opération, but de réveiller les propriétés des tissus par le contact d'un sang nouveau, il est nécessaire d'injecter des globules.

: un animal qui est en syncope ou exsangue, on injecte du sang frais, on aître les propriétés des tissus, et l'animal revenir à la vie ; mais il est , dans ces expériences, d'injecter du sang défibriné, car si les expériences non réussissent difficilement, cela tient surtout à l'impossibilité d'injecter à l'état liquide. Il serait souvent difficile d'éviter un commencement de n de la fibrine, qui tue l'animal ; on devra donc commencer par enlever et se contenter d'injecter un sang représenté par le sérum et les globules. tatives de transfusion ont été faites un grand nombre de fois, et aujour-re on en retire de bons résultats dans certains cas d'hémorrhagies con- Étant donné un animal, sain d'ailleurs, qui vient de succomber à une gie, on peut le faire revenir à la vie en introduisant du sang dans ses mais il faut absolument que ce sang ait ses globules, les expériences de nt montré que le sérum seul était insuffisant. Si l'on se contente d'in-érum, l'animal ne revient pas. Lorsqu'on injecte à la fois le sérum et les c'est-à-dire du sang défibriné, le jeu des fonctions revient peu à peu. Sans 'albumine et la fibrine aient à remplir dans la nutrition un rôle physio-ous pouvons dire cependant que le rôle physiologique immédiatement fondamental, est celui qui est assigné aux globules.

sfusion a été l'objet d'expériences multipliées, et qui ont donné des ort curieux : ainsi M. Brown-Séquard a vu qu'en injectant des globules membre séparé de l'animal depuis plusieurs heures, alors que la rigidité e commençait déjà à se montrer, on pouvait faire renaître dans ce vie des tissus, au point d'y pouvoir rendre manifestes, par les excita-aniques ou galvaniques, la contractilité musculaire et les propriétés

estion qu'on a beaucoup agitée au point de vue de la transfusion, est efficacité de l'injection des globules d'une espèce animale chez un sujet e espèce. Magendie l'avait essayée sans succès. Dernièrement les expé-s heureuses de M. Brown-Séquard ont montré que l'on peut révivifier l'un animal avec du sang emprunté à des animaux d'espèces différentes.

nts morbifiques qui sont susceptibles d'altérer le sang peuvent venir du s substances animales putréfiées, introduites dans le sang, peuvent y une altération mortelle. On a pensé qu'il y avait là une sorte de fer-putride ; alors le sang ne se coagule plus, il devient noir, visqueux, et l plus à l'air la coloration rouge.

'action exercée sur les globules sanguins par un gaz éminemment toxique, carbone. Étudiant le mécanisme de la mort par les inhalations de ce gaz, u'il rendait d'abord le sang rutilant comme l'oxygène, et que l'animal nbait à son influence avait du sang rouge partout. L'oxyde de carbone

produit sur les globules sanguins un effet tel qu'il les met dans l'impossibili complir leurs fonctions, d'absorber de l'oxygène et de devenir noirs aprè traversé les capillaires. Bien que l'oxyde de carbone soit moins soluble que gène, il a cependant la propriété d'être absorbé par le sang et de déplacer l' qui s'y trouve.

En abaissant la température d'un animal dans de la glace, on agit sur comme si on le défibrinait, c'est-à-dire qu'il se coagule très difficilement et très peu de fibrine; il est d'ailleurs rutilant.

Quand on échauffe un animal dans une étuve jusqu'à la mort, on défib lement son sang, qui se coagule difficilement; il y a des épanchements dan mon; le sang est noir dans les veines comme dans les artères, et quoique n'ait pas dépassé la température de 45 ou 46 degrés, il a ordinairement propriété de devenir rutilant à l'air.

*Formation de la couenne.* — Plusieurs explications ont été propos expliquer ce phénomène : L'augmentation de la quantité de la fibrine ; la plus grande de la coagulation qui, en ne permettant pas que le sang se pr masse, la fibrine étant emprisonnée dans le caillot, laisse les globules to fond, tandis que la fibrine surnage. La rapidité de l'écoulement du sang, l du vase, sa température, influent beaucoup sur la production de ce phéno

Si nous recherchons quelles sont les matières organiques que contient la nous voyons qu'il renferme des globules, de la fibrine, de l'albumine; les matières organiques dont on a indiqué l'existence paraissent hypothétiques.

A l'état physiologique, les globules sont en suspension dans un liquide al fibrineux.

La fibrine ne peut rester liquide que dans l'économie. Quand elle en est elle devient solide : on a beaucoup écrit sur ce phénomène de la coagulati reste, malgré cela, l'un des moins connus.

Le sang se coagule plus ou moins, le caillot est plus ou moins ferme. On jusqu'à présent que la coagulation dépend de la quantité de fibrine, et que sistance du caillot est d'autant plus ferme que le sang est plus riche en sans nier l'influence de cette cause, nous avons établi par des faits qu'elle d'être la seule, et qu'on aurait tort de lui accorder une importance exc

Ces quelques détails feront comprendre au lecteur les difficultés du sujet et possibilité où l'on est de donner dans un livre comme celui-ci une grande sion à une étude en réalité si peu avancée.

Voici quelques résultats d'hématologie pathologique :

*Phlegmasies.* — L'augmentation de la fibrine du sang dans les phleg paraît être un fait constant, quelles que soient, du reste, les conditions de rament, de maladie antérieure, dans lesquelles se trouve le malade. Cette tation s'accuse nettement à l'œil nu par la présence d'une couenne d'ép variable qui se forme à la surface du caillot. Le degré d'augmentation de la est proportionnel, suivant MM. Becquerel et Rodier, à l'intensité de la phleg Voici les chiffres que donnent ces auteurs :

| | | |
|---|---|---|
| Fibrine | dans les phlegmasies en général. . . . . . . . . . . . | 5,8 |
| — | dans la bronchite aiguë . . . . . . . . . . . . . . . . | 4,8 |

Fibrine dans la pleurésie aiguë. . . . . . . . . . . . . . . . . 6,1

— dans la pneumonie aiguë { premières saignées. . . . 7,4
{ deuxièmes — . . . 6,8

— dans le rhumatisme articulaire aigu . . . . . . . . . . 5,8

…ximum de l'augmentation de la fibrine trouvé par MM. Andral et Gavarret …10.

…augmentation est manifeste surtout dans le rhumatisme articulaire aigu. …ées ne modifient pas sensiblement l'apparence couenneuse du sang, …existe tant que dure la phlegmasie; aussi serait-ce faire un mauvais rai…ent que de juger de l'opportunité d'une nouvelle saignée par l'apparence …. Le chiffre des globules et celui de l'albumine s'abaissent dans une faible …on dans les phlegmasies.

…que tous les auteurs aient reculé devant l'explication de l'augmentation de … dans les phlegmasies, nous ne craindrons pas d'exposer, à ce sujet, l'opi… M. le professeur Bouillaud, opinion que nous avons formulée en ces termes …autre ouvrage :

…t le monde convient que le rhumatisme est, de toutes les maladies aiguës … celle qui présente le sang le plus inflammatoire et le plus couenneux : la …flammatoire qui se forme après la saignée est épaisse, fortement rétrac…'est elle qui donne au caillot cette forme retroussée de coupe ou de cham…qui est caractéristique. Ces caractères ne peuvent provenir que d'une … additionnelle de matière plastique ou concrescible dans le sang. L'analyse …e démontre, en effet, que la proportion de fibrine s'est élevée de 2 et demi …iffre normal, jusqu'à 7 et même 10 millièmes. Mais est-ce bien là de la …?

…'est ici que l'*analyse* faite par l'esprit nous semble de beaucoup préférable à …i se fait par la balance et les instruments de chimie. Nous voulons bien que …brine additionnelle ait tous les caractères de la fibrine normale du sang; …i est-elle en tout entièrement comparable? provient-elle de la même source, …même origine? est-elle fabriquée de la même manière, et par les mêmes …? C'est ce qui nous paraît plus que douteux.

…a fibrine normale est versée dans le sang avec le chyle par le canal thora…et la grande veine lymphatique droite; peut-être une autre partie est-elle …e par le foie et dans les poumons. Mais la quantité additionnelle de fibrine …rme la couenne rhumatismale provient d'une autre source, car on ne pour…pposer qu'au milieu du trouble de toutes les fonctions, la fibrine chyleuse …borée en plus grande quantité. Il nous semble que l'on doit, sans aucune … de scrupule, admettre l'explication de M. le professeur Bouillaud. Toute la … intérieure des vaisseaux participe à l'état d'inflammation des séreuses du … et des articulations; et comme cette surface est pourvue elle-même d'une …e, elle doit donner naissance à un produit d'exsudation plastique, à de la …e en un mot. C'est cette matière coagulable qui est entraînée par le sang, qui …le avec lui, et qui s'en sépare ensuite sous forme de couenne ou de croûte …mmatoire.

Comment pourrait-on repousser une semblable explication? N'est-elle point

plausible, n'a-t-elle point pour elle toutes les analogies? Et s'il existe de [illegible] différences, ne sont-elles pas expliquées par les conditions diverses des [illegible] affectés? Dans la plèvre, les produits d'exsudation s'accumulent, se [illegible] transforment: ils sont visibles et tangibles, parce qu'ils n'ont point d'issue [illegible] peuvent pas être transportés plus loin; et c'est leur présence qui fait [illegible] et admettre l'existence de la pleurésie; sans cela cette existence serait [illegible] tique, car la plèvre ne présente ni rougeur, ni ulcérations. Dans les [illegible] même absence de lésions, si ce n'est un peu de friabilité et de boursoufle[illegible] la membrane séreuse. Mais l'excès de fibrine dans le sang, qui l'explique[illegible] n'est précisément l'inflammation dont nous parlons? Sous l'influence de [illegible] nière, une rosée de substance plastique est venue sourdre de la surface [illegible] des vaisseaux, elle a été entraînée par le sang sans laisser le moindre reli[illegible] puisse indiquer le point où elle a pris naissance.

» Il résulterait de cette explication si heureuse et si facile à accepter, [illegible] couenne ou croûte inflammatoire du sang serait essentiellement différe[illegible] fibrine du sang, sinon quant à sa nature chimique, du moins quant à sa [illegible] nance. Il en résulterait encore la possibilité de comprendre les caractères [illegible] affecte, sa disposition en fausse membrane à la surface du cruor, son [illegible] fibreuse qui rappelle celle des concrétions pleurales et péricardiques et sa [illegible] organisation en membrane fibro-séreuse. »

*Fièvres.* — De tout temps on a pensé que le sang devait être altéré [illegible] fièvres; l'adynamie, la putridité, la septicémie, supposent une modificati[illegible] fonde de l'état du sang. Les anciens disaient que le sang tendait à une sorte [illegible] solution, de décomposition. Il suffirait de nommer ici quelques maladies [illegible] infectieuses, comme la peste, le typhus, dans lesquelles cette altération ét[illegible] posée arriver à un plus haut degré. Les auteurs modernes ont reconnu [illegible] pyrexies une diminution de la fibrine. Suivant M. Andral, le sang tiré de [illegible] présente l'état suivant : « Le sérum et le caillot sont incomplétement sépar[illegible] de l'autre, d'où il suit qu'il semble y avoir peu de sérum par rapport au ca[illegible] caillot est volumineux; il n'est jamais relevé sur ses bords, comme l'est [illegible] celui des phlegmasies. Sa consistance est souvent peu considérable; on le [illegible] et on le brise facilement, et il y a même des cas où, par la plus légère pres[illegible] le réduit à un véritable état de diffluence; il cesse alors de former une seule [illegible] et il se divise en une foule de grumeaux qui se mêlent au sérum, et le colore [illegible] un rouge plus ou moins foncé. C'est là l'état de dissolution du sang si bien [illegible] par les anciens, et qui doit être considéré comme la conséquence nécessaire [illegible] diminution qu'a subie la matière spontanément coagulable de ce liquide. » D[illegible] pyrexies, il n'y a point de couenne à la surface du caillot. Les choses se comp[illegible] ainsi dans la fièvre typhoïde et dans les fièvres éruptives. D'autres auteurs [illegible] contesté ces résultats, en partie du moins; tous s'accordent cependant sur la [illegible] quence relative de la diminution de la fibrine.

Tout le monde sait combien les hémorrhagies sont fréquentes dans le cou[illegible] au début des fièvres, et de toutes les maladies dans lesquelles un principe toxi[illegible] formé dans l'organisme ou venu du dehors, a déterminé un état général i[illegible] tieux. Puisant dans les résultats de l'analyse chimique une conception ingéni[illegible] M. Andral suppose que ces hémorrhagies tiennent en partie à la diminution de [illegible]

sang a moins de cohésion, il est plus liquide; il abandonne alors plus
ses vaisseaux. Ce ne sont pas seulement les hémorrhagies qui traduiraient
e seraient aussi les stases sanguines, trop souvent confondues avec de
inflammations. Cette théorie, qui n'est que l'écho affaibli des théories
s ou humorales des siècles précédents, ne saurait s'accorder avec les
n'a donnés l'analyse du sang des scorbutiques, chez lesquels la proportion
a souvent été trouvée normale.

:. — On sait que dans le choléra il y a une déperdition énorme d'eau et
e albumineuse par l'intestin. Le saug est poisseux. Les analyses chimi-
onné pour résultat une densité du sérum beaucoup plus grande que dans
al, la proportion d'eau diminuée, l'albumine au-dessous de son chiffre
chiffre des globules extrêmement augmenté, ainsi que celui des matières
extractives. L'eau augmente dans les déjections et diminue dans le sang.
untons à M. Bernard l'explication suivante de cet état : « Supposons, en
nt à un point de vue purement physique, que l'équilibre entre l'assi-
: l'expulsion soit rompue, que l'influence nerveuse ou une autre amène
ninance de l'une de ces actions sur l'autre, des troubles surviendront.
qu'on a expliqué le choléra, où nous voyons se produire l'émission d'une
liquide extraordinaire. Au lieu d'absorber les matières qui le parcourent,
testinal devient le siége d'une élimination considérable; le phénomène
st renversé. »

e. — On admet généralement que la masse totale du sang est accrue
hore, mais cette assertion ne saurait être démontrée. L'analyse du sang,
on de ses différents éléments, peuvent-elles fournir quelque renseigne-
? Voici à cet égard l'opinion de MM. Andral et Gavarret : Il n'y a aucun
it dans la fibrine ni dans le sérum. Les globules sont plus nombreux.
ignées, on a trouvé pour moyenne 141, pour minimum 131, et pour
154. Ainsi le sang des pléthoriques diffère du sang ordinaire par la plus
ntité de globules et par la quantité beaucoup moindre d'eau qu'il con-
aillot est large, volumineux, médiocrement ferme; à sa surface on ne
de couenne. Le sérum est fortement coloré. Cependant MM. Becquerel et
trouvé une augmentation considérable du chiffre des globules, dans des
'y avait pas de pléthore.

. — Dans l'anémie, le chiffre des globules diminue, et la quantité de l'eau
M. Andral donne les chiffres suivants : Dans 16 cas d'anémie commen-
a trouvé le chiffre 109, et, dans 24 cas d'anémie confirmée, le chiffre 65.
femme qui avait éprouvé de très abondantes métrorrhagies, le sang ne
plus que 21 en globules, 1,8 en fibrine, et 61 en matériaux solides du
au s'était élevée au chiffre énorme de 915.

marqué de tout temps que le sang des chlorotiques était souvent couen-
Andral donne de ce fait l'explication suivante. Le sang des chlorotiques
toute sa fibrine et a perdu de ses globules; par conséquent, il y a véri-
dans ce sang, comme dans celui des inflammations, excès de fibrine par
x globules. La présence de la couenne et la pléthore, chez certains chlo-
n'empêchent pas que le sang soit altéré et pauvre en globules. La con-
de ce fait a certainement modifié la pratique médicale, et, grâce à une

meilleure appréciation des faits, les médecins pratiquent la saignée moins qu'ils ne le faisaient autrefois en pareil cas. Il y a une circonstance phy qui modifie singulièrement la composition du sang : c'est la grossesse. Il souvent alors une pléthore aqueuse (*hydrhémie* de M. Piorry). Suivant querel et Rodier, la proportion des globules diminue dès le commencement grossesse jusqu'à l'accouchement. C'est à peu près au chiffre 100, en que ce principe arrive à cette époque. La diminution notable des globules d'habitude avec un bruit de souffle dans les vaisseaux. Quelquefois il y a tion de l'albumine, et il se manifeste une infiltration générale.

Dans l'anémie, quelle qu'en soit la cause, la densité du sang est forte nuée; les globules sont représentés par un chiffre très bas : moyenne, (Becquerel). Les parties solides du sérum ne changent pas.

La saignée, comme toutes les hémorrhagies, agit surtout sur la globules, lesquels diminuent.

*Maladie de Bright.* — La maladie de Bright à l'état chronique, avec a donné lieu à de nombreuses études, dans lesquelles l'analyse du sang n'a négligée. *A priori*, on pensait trouver une diminution de l'albumine du sieurs théories se sont élevées, et n'ont pas eu encore la confirmation bation que donnent les faits nettement expliqués. La théorie de l'urémie, laquelle l'urée, retenue dans le sang, serait excrétée dans l'intestin sous carbonate d'ammoniaque et déterminerait des troubles intestinaux, ou bien comme un agent toxique sur les centres nerveux et déterminerait des cette théorie n'est point susceptible de démonstration. Il résulterait des faites par MM. Andral, Becquerel et Rodier, que le sang serait profondément dans la maladie de Bright chronique : suivant M. Becquerel, sa densité 1060 à 1045; le chiffre des globules s'abaisse à 108; la fibrine s'accroît représentée par une moyenne de 4,37; la densité du sérum est de 1021, bumine est fortement diminuée, et est représentée par une moyenne de 55,

*Fièvre intermittente paludéenne.* — Cette maladie est une de celles quelles le chiffre des globules et celui de l'albumine s'abaissent le plus. MM. Becquerel et Rodier, on peut trouver en pareil cas : eau, 962; glob sérum, 57; fibrine, 3,39. Sur 1000 grammes de sérum : eau, 935; albu

Les cachexies résultant de maladies organiques ou autres altèrent le contredit; mais de deux choses l'une : ou il y a anémie simple, ou altération fique qui échappe à l'analyse.

Ce n'est pas le lieu de parler ici des *intoxications*. L'action des poisons sang est évidente; nous en parlerons lorsque nous traiterons des diverses d'empoisonnements. D'ailleurs l'analyse chimique n'est pas assez avancée nous puissions consigner ici les résultats tout à fait insignifiants qu'elle cet objet.

Ce n'est pas, croyons-nous, par l'analyse chimique qu'on doit espérer d' prochainement à la découverte de semblables altérations. Le microscope et a déjà fourni quelques données plus satisfaisantes. Ce n'est pas qu'on n'ait aussi à cet égard plus d'un mécompte. Il y a tout un ordre d'intoxications échappe aux recherches physico-chimiques : nous voulons parler de celles qui produites par les poisons végétaux, par les virus et par les venins. C'est que l'

substances a lieu par le moyen du sang, qui n'en est que le véhicule. Le le milieu intérieur dans lequel circulent les poisons jusqu'au moment où, contact avec certaines parties intimes de l'organisme, le système nerveux, mple, ils agissent. Les intéressantes expériences de M. Cl. Bernard ont montré lques poisons peuvent être impunément injectés dans certaines parties de eil circulatoire, d'où ils sont éliminés par les poumons; si on les dirige, au re, vers le courant sanguin qui se porte au cerveau, la mort survient. Le 'est donc souvent qu'une voie de transmission, et lorsqu'il devient malade, plupart des cas, c'est avec tout l'organisme.

avons dit que le microscope avait donné quelques résultats, et en avait d'autres. La leucocythémie, que nous avons décrite précédemment, est une ie dont le signe le plus caractéristique est l'augmentation considérable et rtrophie des leucocytes ou globules blancs du sang (voy. l'art. *Leucocythémie*, 511). On avait construit une théorie relativement aux accidents connus sous d'infection purulente, de fièvre purulente, de résorption purulente. Le fait phlegmasie, d'une plaie en suppuration, d'une phlébite précédant l'apparition purulents multiples dans tout le corps, avait été expliqué par l'introduc- pus dans le sang. Des expériences faites sur les animaux avaient rendu ce rtain. On avait cru que les globules du pus circulaient dans le sang et se en divers points. Cette explication, dont peut du reste se passer le fait sous le nom d'*infection purulente*, est aujourd'hui complétement aban- e.

avait également pensé que tous les produits morbides provenant d'affections ques, tubercule, cancer, etc., se retrouvaient, en cas de diathèse, dans le circulatoire; il n'en est rien. Cela ne change rien au fond des choses, et t même dire que perdre une théorie fausse, c'est encore gagner. La phy- gie expérimentale est appelée à nous donner sur toutes ces difficiles questions tions plus exactes.

faut savoir attendre les résultats des études sérieuses entreprises par des es qui ne sont pas, comme les médecins, pressés de connaître, et par suite à tromper. Quelques-unes des notions que nous avons signalées sont posi- et ont un caractère de certitude absolue, mais il faut bien l'avouer, c'est ici science théorique plus que de la pratique. Néanmoins la pratique a gagné à tudes de se défier des caractères extérieurs, de ne plus juger de la nécessité saignée, par exemple, par l'apparence du caillot, de ne plus confondre la ore aqueuse avec l'accumulation d'un sang trop riche, etc.

oi qu'il en soit, en mettant sous les yeux du lecteur ce court résumé d'hé- ologie, nous avons eu pour but, non de lui donner une estime exagérée pour tudes médico-chimiques, mais de le mettre à même de savoir l'état actuel de connaissances, si faibles qu'elles soient, sur une question qui de tout temps a occupé à juste titre les médecins.]

---

# SECTION SIXIÈME.

## MALADIES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

Nous n'aurons pas à nous étendre longuement sur les affections des v lymphatiques; parmi celles qui intéressent à un certain degré le praticien, part sont entièrement du domaine de la chirurgie, et les autres sont si peu c qu'il est impossible d'en dire quelque chose qui offre un intérêt réel. Il question ici que de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques.

## ARTICLE UNIQUE.

### ANGIOLEUCITE, OU INFLAMMATION DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

Il est très rare que cette maladie, désignée sous les noms d'*angioleucite*, *lymphangite*, et sur laquelle on pourra consulter un travail intére M. Turrel (1), se produise spontanément, presque toujours elle est la consé d'une lésion plus ou moins profonde; aussi ne va-t-elle nous arrêter que t d'instants.

M. Velpeau, dont les recherches sur ce sujet sont les plus importantes, les *causes* de la lymphangite en trois espèces. Cette inflammation se pro effet: 1° de proche en proche, aux environs d'une blessure; 2° par in interne produite dans un foyer purulent; 3° de l'extérieur à l'intérieur d seau, par continuité de tissu. Sous ces différents chefs se rangent les lymph occasionnées par l'irritation des plaies, des ulcères, par l'inflammation des organes, etc.

On a trouvé que les *sujets jeunes*, *lymphatiques*, affaiblis par les exc longues maladies, etc., étaient les plus exposés à cette affection. On l'observe fréquemment chez les *femmes en couches*.

Les *symptômes locaux* que présente cette maladie sont les suivants. D âcres, exaspérées par la pression, avec chaleur mordicante dans le point occ l'inflammation; ensuite rougeur qui suit le trajet des vaisseaux, forme un r irrégulier, offre une teinte claire et rosée, quelquefois violacée; parfois les m du réseau se rapprochent, et il en résulte une rougeur diffuse comparée aux ques érysipélateuses. On ne sent pas de cordon dur, comme dans la phlébite; il se développe un gonflement qui occupe le point enflammé et les environ qui, dans les régions où se trouvent beaucoup de ganglions, forme des plaqu des noyaux saillants. Cette tuméfaction des ganglions est un des caractères pr à la maladie. Dans les cas où l'inflammation des lymphatiques est trop prof pour que la rougeur soit aperçue, la douleur, les plaques résistantes que l'on s au-dessous de l'aponévrose, un léger gonflement des membres et une teinte légè ment rosée de la peau, sont les principaux symptômes.

Les *symptômes généraux* sont ceux d'une fièvre assez violente, lorsque l'infla

(1) *Essai sur l'angioleucite*, thèse inaugurale.

est très étendue ; dans le cas contraire, le mouvement fébrile est très léger. ...servé quelquefois l'*infection purulente*.

...que toujours on voit l'inflammation des vaisseaux lymphatiques procéder ...lésion apparente, et l'on peut suivre ses progrès ; on reconnaît alors que sa ...est graduelle et non interrompue. Quant à sa *durée*, elle n'est point déter-...On l'a vue se terminer par résolution, par suppuration et par induration. ...elle existe seule ou qu'elle est liée à une lésion dont on peut se rendre faci-...naître, elle n'a pas une grande gravité. Dans le cas où la lésion est grave, ...qui sert de base au pronostic.

...*iagnostic* le plus important est celui de la lymphangite ou angioleucite avec ...ite ; nous l'avons indiqué plus haut (voy. article PHLÉBITE). Quant à l'éry-...il se distingue de la maladie qui nous occupe par la saillie qu'il fait à la sur-...la peau, et par sa disposition, non en rubans, mais en plaques. Les autres ...tics proposés n'ont pas une importance réelle.

...uleur rosée des vaisseaux lymphatiques, les concrétions pseudo-membra-...du pus dans leur intérieur, des inflammations de la peau, une infiltration ...issu cellulaire, le gonflement, l'altération de couleur, la friabilité des gan-... les abcès métastatiques, telles sont les principales *lésions anatomiques* ... dans l'angioleucite. M. J. Roux (1) a vu l'angioleucite avoir pour siége ...ses parties suivantes : 1° le réseau lymphatique sous-jacent à l'épiderme ; ...ne des lymphatiques enlacés dans le réseau vasculaire de la peau ; 3° ceux ...ent sous le derme ; 4° les lymphatiques profonds.

... au *traitement*, des saignées générales et locales, des émollients, des cata-... des bains, les applications narcotiques, sont généralement employés avec ...ans les cas où la maladie est due à une lésion toute locale. Les *vésicatoires* ... ont été essayés par M. Velpeau, mais sans succès bien notable. Une *com-...* méthodique avant la suppuration peut, d'après les recherches de cet ... l'empêcher de s'établir. Enfin il a tiré des avantages assez grands des *fric-... ...ercuriellles et iodurées*.

...oit que nous avons glissé très rapidement sur cette affection ; nous en avons ... plus haut les motifs, dont le principal est qu'elle n'a qu'un rapport indi-... la pathologie interne. Quant à la *dilatation variqueuse des vaisseaux ...tiques*, à leur *rupture*, à leur *rétrécissement*, et même aux diverses *alté-... de la lymphe*, il serait inutile de leur donner une place ici avant que des ...ches plus multipliées et plus précises soient venues nous mettre à même d'en ...d'une manière plus positive.

(1) *...azette médicale de Paris*, janvier 1842.

---

# LIVRE SEPTIÈME.

## Maladies des voies digestives.

Dans l'étude des maladies des voies digestives, nous allons trouver, ai nous l'avons dit dans l'avertissement précédent, des travaux qui remont haut que les recherches sur les maladies du cœur. Les affections du can tinal, bien que généralement confondues entre elles, ont été en effet, de tout l'objet de l'attention des médecins. Il s'agira donc plutôt de faire un ch des renseignements nombreux que nous trouverons à chaque pas, que de r bler péniblement des documents épars.

Nous examinerons successivement les différentes parties du canal intesti l'ordre suivant : la *bouche*, le *pharynx*, l'*œsophage*, l'*estomac*, les *intest* ensuite nous passerons aux maladies des annexes du tube digestif : le *péri* *foie*, la *rate* et le *pancréas*.

---

# CHAPITRE PREMIER.

## MALADIES DE LA BOUCHE.

La cavité buccale sert, par moments, au passage de l'air dans les voies r toires. Sous ce rapport, elle joue un certain rôle dans l'acte de la respiration ce n'est là qu'un rôle accessoire. Le principal est l'acte de la mastication, conséquent, cette cavité fait partie essentielle des voies digestives. Cepend verrons que, sous le premier point de vue, elle présente quelques partic pathologiques importantes dont il faudra tenir compte. C'est ainsi, par exem le gonflement considérable de la base de la langue peut donner lieu à une v suffocation et causer l'asphyxie.

Nous ne parlerons pas, dans ce chapitre, des maladies qui appartien propre aux *dents*. Ces affections, en effet, par leur nature et par les moyen emploie pour les combattre, appartiennent particulièrement à la chirurgie. nous bornerons-nous à faire l'histoire des troubles causés par la *dentition*, bles qui sont entièrement du domaine de la pathologie interne, qui ont une p nomie particulière, et qu'on ne pourrait placer ailleurs qu'en les décomp manière à les rendre méconnaissables.

Comme nous l'avons fait pour les autres cavités recouvertes d'une mem muqueuse, les fosses nasales, par exemple, nous allons passer successivement revue les diverses maladies de la bouche, en commençant par l'hémorrhagie,

exposant ensuite les diverses maladies organiques, et en finissant par les affections dont une altération locale ne constitue qu'une petite partie, comme celles qui sont causées par une dentition difficile.

## ARTICLE Ier.

### HÉMORRHAGIE BUCCALE.

Nous n'avons que des renseignements très peu exacts sur l'hémorrhagie de la bouche. Ceux qui ont une certaine importance se rapportent presque tous à l'hémorrhagie qui suit, soit l'avulsion d'une dent, soit une blessure quelconque, ou qui n'est autre chose qu'un symptôme d'une autre maladie telle que le scorbut (1). Mais on ne trouve presque rien sur l'*hémorrhagie idiopathique*. Cela tient, sans aucun doute, à ce que cette hémorrhagie est très rare, et à ce que, quand elle se produit, elle ne présente aucune gravité. Parmi les observations que nous avons pu rassembler, il n'en est qu'une seule (2) dans laquelle il ne soit pas fait mention de la nature scorbutique de la maladie. Nous allons donc glisser très légèrement sur une affection qui n'offre au praticien qu'un intérêt médiocre.

D'après P. Frank (3), qui s'est longuement occupé de l'hémorrhagie de la bouche, soit traumatique, soit idiopathique, soit symptomatique, il faut reconnaître autant de variétés de la *stomatorrhagie* qu'il y a de siéges différents de l'écoulement sanguin. Aussi reconnaît-il la *stomatorrhagie des lèvres*, *des joues*, *du palais*, *du voile du palais*, *de la luette*, *des tonsilles*, *des conduits salivaires*. Cette division a sans doute quelque importance, puisqu'elle fixe l'attention des médecins sur les différents points d'où le sang peut s'échapper; mais, en somme, il suffit de dire que, dans les cas d'hémorrhagie buccale, il faut examiner avec le plus grand soin tous les points de la cavité, et, cette précaution prise, on peut tracer un tableau général de la maladie.

Une des espèces de stomatorrhagie qui ont occupé plus particulièrement les auteurs, et entre autres P. Frank, est l'hémorrhagie causée par la *rupture de varices développées* dans la cavité buccale. En pareil cas, on peut rapprocher l'hémorrhagie de la bouche de celle du rectum, qui est produite par la rupture des tumeurs hémorrhoïdales.

*Stomatorrhagie par rupture de tumeurs variqueuses.* — Cette stomatorrhagie, qu'on peut appeler *variqueuse*, se montre plus particulièrement *aux lèvres*; mais quelquefois, et P. Frank en cite des exemples, on l'a vue provenir de tumeurs formées sur la *partie interne des joues* et sur le *voile du palais*. D'après la description donnée par Frank, les *tumeurs* ont la forme d'un sac constitué par une membrane ténue, pleine d'un sang transparent et livide, et aux environs duquel on voit les veines qui rampent sous la muqueuse fortement dilatées et noirâtres. Lorsque le gonflement est devenu très considérable, la membrane mince se rompt, et alors l'écoulement sanguin a lieu en plus ou moins grande abondance. P. Frank

(1) Voy. l'art. *Scorbut*, t. I, p. 516.
(2) *Miscell. nat. cur.*, ann. 1811, obs. 48, par P. de Sorbait.
(3) *Traité de médecine pratique*, Paris, 1842, t. I, p. 516.

affirme que, dans certains cas, on a ouvert de semblables tumeurs, croyant affaire à des abcès, et qu'il en est résulté une hémorrhagie plus ou moins i tante. Quelquefois les veines, ainsi dilatées, se montrent sur la *partie* i *des joues*, et c'est la pression des dents qui, dans la mastication, opère rupture.

Le *sang* qui s'écoule de ces tumeurs est noir ou livide, et son abondance être telle qu'elle fait craindre pour la vie du malade. P. Frank en cite un ex bservé chez un jeune homme dont les tumeurs variqueuses existaient sur la *palatine*, le *voile du palais*, et à la *partie interne des joues*. Ces tumeurs re blaient à de petites vessies qui de temps en temps se rompaient.

Quelquefois l'hémorrhagie survient sans que l'on trouve une cause org semblable, mais ces cas sont fort rares. Dans l'observation de P. de Sorbait, plus haut, on voit qu'une hémorrhagie de la *gencive*, survenant après une tierce, fit perdre au sujet jusqu'à vingt-quatre livres de sang. Donatus (1) ci cas semblable. Malheureusement ces observations manquent des détails les importants.

Nous avons observé à l'hôpital Beaujon, pendant que nous y faisions le s en remplacement de M. Louis, une femme qui avait une épistaxis excessiv rebelle, et qui, à certaines époques, nous présenta un phénomène remarqu l'épistaxis avait lieu tous les jours pendant un temps assez long ; puis, soit sp nément, soit sous l'influence des astringents et des réfrigérants, elle s'arrêtait dant deux, trois ou quatre jours, rarement davantage. C'est dans ces inter qu'à deux ou trois reprises la malade, qui observait bien son état, et qui était intelligente, nous apprit que le sang s'était écoulé, non par le nez, ni par l'ou ture postérieure des fosses nasales, mais simplement par la bouche. Il lui su en effet, de pencher légèrement la tête en avant, et d'entr'ouvrir un pe bouche, pour voir le sang s'écouler avec facilité, sans qu'il en sortît une goutte par les narines. Ayant examiné avec soin la cavité buccale, nous aperç sur la langue et sur la voûte palatine quatre ou cinq points d'un rouge vif, lé ment saillants, sans solution de continuité de la muqueuse, semblables à des g de groseille qui auraient été enfoncés dans le tissu de la langue. L'hémorrh dans ce cas, était-elle réellement buccale ? Tout porte à l'admettre. Provenait des points rouges qui viennent d'être indiqués ? On peut le penser, mais il ne a pas été permis d'en acquérir la certitude.

Dans d'autres circonstances, l'hémorrhagie est de la nature de ces *hémorrh* *générales* dont il a été question aux articles *Épistaxis* et *Hémoptysie*, et qui souvent si effrayantes. Nous en trouvons un exemple rapporté par Romberg ( L'hémorrhagie, dans ce cas, se fit à la fois par les narines, les gencives et l'uté et il y eut sur la surface du corps une éruption de pétéchies nombreuses.

Enfin, dans le plus grand nombre de circonstances, l'hémorrhagie est de n *scorbutique* ; il en a été suffisamment question à l'article *Scorbut*.

Traçons maintenant en quelques mots la description générale de l'hémorrh de la bouche.

(1) *Med. mirab.*, lib. IV, cap. IX.
(2) *Miscell. nat. cur.*, dec. III, ann. IX et X, p. 200, obs. 108.

*ptômes.* — Dans les cas que nous avons pu consulter, l'écoulement de sang t sans être précédé d'aucun symptôme. Le liquide s'écoulait en bavant et ucun effort de la part du malade, qui penchait la tête en avant et tenait la e entr'ouverte. D'après P. Frank, les hémorrhagies de cette espèce s'accomt le plus souvent de douleurs de tête, de vertiges, de rougeur de la face, de nnements d'oreilles, de chaleur, de titillation de la bouche et des gencives; i l'on consulte les faits, on voit que les observations de ce genre sont excessit rares, et tout porte à croire que P. Frank a appliqué tout simplement à rrhagie buccale la description générale des hémorrhagies. Dans les cas où rrhagie de la bouche survient les malades étant couchés sur le dos, le sang mber avec assez de rapidité dans le larynx pour déterminer un sentiment r de *suffocation* et la *toux*.

s certains cas, où l'on n'a pas constaté l'existence de varices, l'écoulement g a présenté une *intermittence* variable. On en voit un exemple dans dre de Tralles (1). Lorsque l'hémorrhagie est simple, on en triomphe ent. Cependant Schenck (2) cite un cas où l'hémorrhagie finit par ortelle. Il est vrai que le sang s'écoulait d'une alvéole, et tout porte à quoique l'auteur ne s'explique pas sur ce point, que l'hémorrhagie raumatique. C'était sans doute un cas d'hémophilie (voyez ce mot, 93).

e est la description de cette affection, légère dans le plus grand nombre des ne nous reste maintenant à dire que quelques mots sur le *diagnostic* et sur *tement*.

*gnostic.* — Dans le plus grand nombre des cas, il est très facile de reconle siége de l'hémorrhagie; il suffit d'examiner les diverses parties de la bouour voir le point d'où le sang s'échappe. Dans ceux où il n'en serait pas le diagnostic serait éclairé par la manière dont le sang est rejeté au dehors. d'efforts de toux, si ce n'est au début, dans les cas tout particuliers dont j'ai plus haut; le sang sort pour ainsi dire de lui-même dès que le malade penche en avant et entr'ouvre la bouche; il n'est pas même besoin d'un effort d'ex, et si cet effort est nécessaire, c'est que l'hémorrhagie est très peu abonet ne mérite pas l'attention du médecin. On voit qu'il est inutile d'insister diagnostic si simple.

*raitement.* — Puisque dans le plus grand nombre des cas on peut apercevoir nt où le sang prend sa source, il est tout naturel de commencer par les *moyens ets* que l'on peut opposer à l'hémorrhagie.

*Médication externe.* — Le plus souvent il suffit de quelques *gargarismes ngents* et *styptiques*, et de quelques *réfrigérants*, pour se rendre maître de ulement du sang.

ais, comme pour toutes les autres hémorrhagies, les médecins des siècles deremployaient dans le traitement de celle-ci un très grand nombre de médica. On peut en juger par la formule suivante empruntée à J.-M. Muller (3).

(1) Annotat. ad cap. II lib. VII *Therap. method. Galeni.*
(2) Lib. I, p. 215, *De gingivis*. Græf., 1609.
(3) *Nat. cur. ephem.*, centur. V, ann. 1717, p. 72, obs. 49.

Ce médecin prescrivit avec succès, dans un cas où une hémorrhagie avait p
totalement épuisé les forces du malade, la préparation suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Conserve de rose...... | 15 gram. | Aloès socotrin........... | ââ 1,2 |
| Racine de tormentille. | ââ 2 gram. | Myrrhe................. | |
| Alun calciné........ | | Sirop de feuilles de chêne.. | ââ Q. |
| Sandragon......... | | Miel rosat.............. | |
| Gomme laque....... | | | |

Pour appliquer sur les parois de la bouche, plusieurs fois par jour.

On peut consulter, relativement à l'emploi des médicaments de ce genre, l
*Épistaxis* (voy. tome II), dans lequel ils sont exposés avec détail. Il sera trè
d'en faire l'application à l'hémorrhagie buccale. Ainsi on prescrira un m
plus ou moins fort d'*eau et de vinaigre*, une solution d'*acétate de plomb*, l'
*Rabel* plus ou moins affaiblie ; en un mot, les divers styptiques et astringe
même temps, on fera tenir dans la bouche des morceaux de *glace*, que l'on
vellera dès qu'ils seront fondus.

Si ces moyens ne suffisent pas, et si l'on aperçoit le point d'où le sang s'éc
si, par exemple, il s'agit de la rupture de ces petites tumeurs variqueuse
nous avons parlé plus haut, il ne faut pas hésiter, dans les cas d'hémo
abondante, à avoir recours à la *cautérisation*, soit avec un *acide* plus ou
concentré, soit avec le *fer incandescent*.

Dans le premier cas, on fait un mélange de parties égales d'*acide sulfu*
*hydrochlorique*, *nitrate acide de mercure* et de *miel*, et avec un petit pinc
touche le point d'où sort le sang. Quant au *cautère actuel*, il suffit d'un tr
cautère que l'on promène très rapidement sur la surface malade.

P. Frank fait observer que, lorsqu'on a ainsi arrêté le sang par la cautéri
il est à craindre qu'au moment où l'eschare produite par cette petite op
vient à se détacher, l'hémorrhagie ne se renouvelle; il faut être prévenu de
sibilité de cet accident, afin d'être prêt à y remédier.

Il a quelquefois suffi, même dans les écoulements de sang assez abo
d'une *compression* exercée directement sur la source de l'hémorrhagie, po
rêter d'une manière définitive.

Dans le cas qui fut observé par P. de Sorbait, ce médecin appliqua d'ab
la *chaux pulvérisée* sur le point d'où provenait le sang ; mais ce moyen ne
pas, et il fallut avoir recours au *cautère actuel*.

2° *Médication interne*.—Les médecins des siècles précédents mettaient en
en même temps que cette *médication externe*, une *médication intern*
laquelle ils avaient une assez grande confiance. Ainsi, par exemple, dans
observé par J.-G. Romberg, ce médecin prescrivit en même temps l'*oxyde*
*de fer natif*, le *sang-dragon*, le *trochisque de karabé* (succin), et enfin la *te*
*d'aconit napel*. Il est vrai que, dans ce cas, l'hémorrhagie dépendait d'une a
tion générale du sang, et en semblable circonstance il ne faudrait évidemmen
se borner à employer le traitement local; il faudrait mettre en usage les
moyens que nous avons indiqués, soit aux articles *Épistaxis* et *Hémoptysie*
à l'article *Scorbut*. En pareil cas, les acides formeront principalement la ba
ce traitement interne.

Dans les anciennes formules, on trouve des médicaments très variés. Voici celle qu'employa J.-M. Müller dans le cas cité plus haut :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau de plantain.......... | 90 gram. | Sirop de rose............ | ãã 15 gram. |
| Teinture d'oxyde rouge de fer natif.................. | 10 gram. | Corail rouge en poudre..... | |

Mêlez. A prendre par cuillerées.

On sent qu'il serait inutile de multiplier de semblables formules.

Dans un cas observé par le docteur Lebenwaldt (1), il suffit d'une simple *saignée du pied* pour arrêter une hémorrhagie de gencives assez abondante.

Nous devons ajouter ici le moyen que M. Négrier (2) a appliqué aux épistaxis, et qui lui a réussi dans plusieurs cas. Il consiste, comme nous l'avons dit dans l'article *Épistaxis*, à *faire maintenir les bras du malade élevés*, en même temps que l'on comprime le point où l'hémorrhagie prend sa source. Il est facile d'approprier ce moyen au traitement de l'hémorrhagie buccale. Dans le cas que nous avons cité précédemment, il a échoué contre une épistaxis extrêmement rebelle; mais cela ne prouve pas qu'il soit inutile dans des cas moins graves. D'autres médecins ont eu à se louer de son emploi.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce traitement, qui ne diffère pas assez de celui des autres hémorrhagies déjà décrites pour nous arrêter plus longtemps. Nous nous bornerons à ajouter que les *précautions générales* à prendre sont les mêmes que dans l'épistaxis, et nous présenterons seulement deux ordonnances, l'une relative aux cas où l'hémorrhagie buccale dépendrait d'une cause générale, et l'autre à celle où la cause étant toute locale, comme dans la rupture des tumeurs variqueuses, l'écoulement de sang serait très abondant.

### Ire Ordonnance.

DANS UN CAS OU L'HÉMORRHAGIE BUCCALE PARAIT DUE A UNE CAUSE GÉNÉRALE.

1° Pour boisson, limonade sulfurique.

2° Julep antihémorrhagique (tome II, p. 275).

3° Donner constamment au malade des morceaux de glace à faire fondre dans la bouche.

4° Le placer sur un lit à plan incliné, de manière que la tête soit notablement élevée.

5° A l'époque de la convalescence, prescrire un régime substantiel et l'habitation d'un lieu sec et aéré.

### IIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE DE CAUSE LOCALE ET TRÈS ABONDANTE.

1° Gargarismes astringents, le suivant par exemple :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau d'orge.............. | 300 gram. | Miel...................... | 30 gram. |
| Alun................. | 6 gram. | | |

(1) *Miscell. nat. cur.*, dec. III, ann. II, p. 167, obs. 114.
(2) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. XIV, p. 168.

2° Toucher deux ou trois fois par jour le point d'où s'écoule le sang mélange suivant :

℞ Acide sulfurique.......... 1 partie. | Miel...................... 3

On se servira d'un pinceau pour porter le caustique sur la partie affectée. On usage de la chaux en poudre, comme l'a fait un des auteurs précédemment cités.

3° Si l'hémorrhagie est inquiétante, employer les caustiques de maniè duire une eschare assez profonde. Ainsi, se servir d'un acide concentré à parties égales; ou, mieux encore, recourir au cautère actuel.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Astringents, styptiques, réfrigérants; caustiques, cautère actuel, com moyen de M. Négrier, saignée du pied, acides.

## ARTICLE II.

### MUGUET.

Quoique quelques auteurs des derniers siècles aient remarqué certai tères particuliers du muguet, il faut arriver aux travaux de Guersant, Bil M. Lélut, pour trouver une description positive de cette affection. Jusqu' confusion plus ou moins grande a existé dans son histoire. En vain on attribuer à Boerhaave, à Van Swieten, etc., l'honneur d'avoir distingué la de toutes les autres affections; il suffit de lire leurs descriptions pour voir q avaient qu'une idée très vague, et qu'ils ne savaient pas la séparer des apht qu'ils lui reconnussent quelque chose de spécial. C'est donc dans les ouvr dernes qu'il faut chercher des renseignements exacts sur cette affection. I nous avons publié nos recherches sur le muguet (1), et depuis nous av description que nous en avions donnée adoptée en grande partie. Nous som autorisé à en faire ici amplement usage, tout en signalant les opinions par des principaux auteurs sur un petit nombre de points.

Dans ces recherches, nous avons principalement insisté sur un fait gé nous a paru très important. Dans l'analyse des observations, nous vî d'abord que le muguet n'était pas une pure stomatite; que la maladie éta coup plus générale, et qu'elle s'étendait à une très grande partie du tube i Depuis lors, malgré quelques objections que nous discuterons plus loin, n sommes convaincu par de nouveaux faits que si, comme l'affirment quel des auteurs les plus compétents en cette matière, cette règle n'est pas san tion, du moins l'exception est rare. Notre manière de voir n'a donc pas ch des exceptions plus nombreuses encore ne sauraient détruire une règle fo des observations exactes; et cependant nous plaçons parmi les affections de che cette maladie, qui n'est point limitée à la cavité buccale. Voici nos L'usage étant depuis bien longtemps établi de ranger le muguet parmi les tites, c'est parmi elles que le lecteur viendra d'abord la chercher; et, en

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, chap. III.

si la lésion de la bouche n'est pas toute la maladie, du moins elle en est un ...tère des plus constants et des plus frappants. Ces raisons nous ont paru d'au...lus suffisantes pour nous déterminer à agir ainsi, que la question de savoir si ...ffection doit être placée dans tel ou tel point du cadre nosologique est en ... d'une importance secondaire pour le praticien. L'essentiel, c'est qu'il puisse ...uver facilement la description. Ces réserves faites, nous pouvons passer à ...e de la maladie.

...t-il, avec Billard, diviser le muguet en autant d'espèces qu'on lui trouve de ... différents, et décrire le muguet de la bouche, de l'œsophage, de l'intestin? ...sans doute, puisque l'étude de la maladie nous fera voir que ces parties sont ...ies successivement dans le cours d'une seule et même affection, et que l'éten... muguet dans le tube intestinal est seulement en raison directe des progrès ...l. Mais, puisque l'on voit quelquefois le muguet borné à la bouche, ne con...rait-il pas de distinguer ces cas, sous le nom de *muguet idiopathique*, de ceux ... maladie locale n'est qu'une conséquence d'une maladie plus générale, et ...er à ces derniers le nom de *muguet symptomatique?* Dans la description sui..., on verra que cette distinction n'a pas l'importance qu'on pourrait lui attri...au premier abord.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

*...muguet* est une maladie particulièrement caractérisée par une exsudation ...e de la muqueuse buccale, et qui donne, en outre, ordinairement lieu à un ...nombre d'autres symptômes du côté du tube digestif, dont plusieurs autres ... peuvent être envahis par la production pseudo-membraneuse.

... l'on n'a égard qu'à la lésion locale connue sous le nom de *muguet*, on verra ...e a été interprétée de bien des façons différentes. Longtemps on l'a considérée ...e constituée par des productions analogues aux aphthes, à la diphthérite; ...es auteurs, comme Billard, y voyaient une altération de sécrétion; d'autres, ...e Baron, Guersant, Blache, y voyaient une pseudo-membrane. Le végétal ...e ayant été découvert (Gruby, Ch. Robin) (1), les opinions anciennes furent ...s à la nouvelle, et l'on admit un travail morbide dont le muguet n'était pas la ..., mais l'effet, et les fausses membranes ou les portions d'épithélium altéré ... considérées comme le terrain sur lequel venait, soit nécessairement, soit ...ntellement, s'implanter le muguet. Cependant on continua à voir dans cette ...e autre chose qu'un état local, et, tout en faisant la part d'importance qui ... revient aux travaux des naturalistes et des anatomistes, les médecins doi..., dans cette maladie, s'inquiéter de l'état général, et ne pas borner leur atten...n symptôme local.

...ici, en peu de mots, la description du muguet, aux points de vue de sa signi...n morbide et de son histoire naturelle.

...ici comment s'exprime à cet égard M. Gubler (2) :

... 1° Les concrétions d'apparence pultacée, connues des cliniciens sous le nom de

(1) *Histoire naturelle des végétaux parasites.* Paris, 1853.

(2) *Études sur la mucédinée du muguet* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1858, t XXII, ...513 et suiv.).

*muguet*, sont constituées par un champignon de la famille des Mucédinées, *dium albicans* (Ch. R.).

» 2° Sans recourir à l'hypothèse des générations spontanées, nous admett l'*Oidium* provient de spores disséminées dans l'atmosphère, dont quelques-fixent à l'entrée du tube digestif et s'y développent. »

Cet auteur admet aussi l'inoculation par contact ; il reconnaît néanmoins maladie a besoin, pour se produire, d'un état général morbide, dont elle qu'une expression, un épiphénomène. « Les maladies dans lesquelles on a le souvent trouvé le muguet sont les dérangements des voies digestives, enfants du premier âge, et chez les adultes, la phthisie pulmonaire à sa période, la fièvre typhoïde, les angines. Dans ces affections diverses, on un caractère commun : c'est l'état morbide des voies digestives. »

Voici quels sont, d'après Ch. Robin (1), les principaux caractères du parasite du muguet (*Oidium albicans*, Ch. Robin) :

*Synonymie :* Species Sporotrichi affinis (Gruby) (2) ; *Cryptogames du* ou *Aphtaphyte* (Gruby) (3). — « Fila in cespitibus laxis, primo villosis » albis, dein sordide fulvis, vel fuscis, vel fusco-flavis intertexta ; intus levi » nulosa ; lat. $0^{mm},004$ ; long. $0^{mm},050$ ad $0^{mm},600$. Sporidia plerumque » aut vix ovalia, ex articulis secedentibus ; haud raro ovalia orta. — Hab. in » brana mucosa oris, faucium et œsophagi puerorum lactantium, necnon » rum cachecticorum in extremis vitæ. »

L'examen, fait à l'aide du microscope, de ces masses blanchâtres montre qu'elles sont composées de filaments tubuleux sporifères cylindriques, de cellules allongées articulées. Au niveau des articulations ou étrangl naissent les ramifications. L'extrémité libre en est renflée, terminée par plusieurs cellules ovoïdes, qui sont des spores près de se détacher.

Les spores sont libres et flottantes, ou adhèrent à la muqueuse ; ce sont lules de $0^{mm},005$ à $0^{mm},007$ de diamètre, un peu allongées, contenant poussière douée du mouvement brownien.]

Les noms d'*aphtha lactantium* (Plenck), *aphtha lactamen* (Sauvages), *infantilis* (Bateman), donnés à cette affection, prouvent combien on était éclairé sur sa nature. Auvity (4) n'était pas mieux fixé sur ce point, a décrit le muguet sous le nom de *maladie aphtheuse des nouveau-nés*. On aussi imposé les noms de *millet* et de *blanchet*, à cause de la forme et de la leur de l'exsudation pseudo-membraneuse : celui de *muguet* lui a été pour les mêmes raisons ; et enfin Billard l'a décrite sous le titre de *stomatite membraneuse*, qui ne lui convient ordinairement pas, ainsi que nous l'avons dit. De toutes ces dénominations, celle qu'il faut conserver est celle de sous laquelle la maladie est le plus généralement connue.

La *fréquence* du muguet est très grande dans les hospices destinés aux

(1) *Histoire naturelle des végétaux parasites*. Paris, 1853.

(2 *Recherches anatomiques sur une plante cryptogame qui constitue le vrai muguet enfants* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, Paris, 1842, t. XIV).

(3) *Ibidem*, t. XIV, p. 613.

(4) *Mémoires de la Société royale de médecine*. Paris, 1787-88.

très peu considérable au dehors ; nous verrons plus loin à quelle influence buer cette différence si remarquable.

description suivante, nous exposerons d'abord ce qui concerne le *muguet* s, car c'est à cet âge que la maladie est réellement importante ; puis nous s rapidement ce qui est relatif au muguet des adultes.]

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

servé le muguet à tous les âges de la vie, mais dans des proportions très . L'immense majorité des cas cités appartient aux deux premiers mois nce. D'où il suit que, chez les enfants plus âgés, et surtout chez les les vieillards, c'est une maladie comparativement rare. Guersant et (1) remarquent que, dans les cas où la maladie se montre après la prence, elle est presque toujours compliquée de quelque autre maladie plus grave. Nous allons plus loin, et nous disons qu'il n'existe pas un seul fait ntique qui prouve qu'en pareil cas la maladie soit autre chose qu'une econdaire surajoutée à l'affection principale. Les faits rassemblés dans t mémoire de M. Blache (2) viennent en particulier à l'appui de cette e voir, que nous aurons occasion de rappeler plus loin. Après les pre- de la vie, le muguet peut-il se présenter dans les mêmes conditions que ouveau-nés, ou n'est-il que la conséquence d'une affection chronique, ez l'adulte ? C'est ce que semblent démontrer quelques observations citées eurs ; mais ce fait a besoin d'être confirmé.

istique suivante donne une idée des limites d'âge dans lesquelles se renlus habituellement le muguet. Sur 402 nouveau-nés atteints de muguet ar M. Seux (3), 394 avaient une huitaine de jours, un avait dix jours, jours, un quinze jours, et un était âgé de dix-sept jours, un d'un mois. sseau et Delpech, sur 50 enfants, en ont noté 16 âgés de deux mois et gt-deux mois.]

ment à la *constitution*, nous avions trouvé, par l'analyse des faits, qu'on t voir ni dans la force ni dans la faiblesse des enfants une prédisposition t. Cependant plusieurs auteurs sont d'une opinion contraire, et M. Godinat ée formellement. Guersant et M. Blache, qui partagent cette dernière de voir, pensent que nous sommes tombé dans l'erreur, parce que, nous faisons commencer l'affection trop tôt, en regardant comme le début la maladie le dévoiement et l'affaiblissement, qui souvent, au contraire, ngtemps auparavant. Mais c'est là une question qu'on ne peut résoudre uvant que la succession des symptômes, telle que nous l'avons établie, dée, et que les premiers accidents ne tiennent pas à la maladie princi- ourrait-on pas, de la même manière, en avançant que la variole et la commencent seulement au moment de l'éruption, dire que ces exan-

onnaire de médecine, t. XX, art. MUGUET.

erches sur une production particulière de la membrane muqueuse de la bouche, etc., , 1824.

erches sur les maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1855.

thèmes se développent uniquement chez des sujets affectés de maladies sauf à accuser de faire remonter la maladie trop haut celui qui, tenant co phénomènes de l'invasion, établirait une opinion contraire? Nous faisons pour que de nouveaux observateurs cherchent à éclaircir cette question im car il ne s'agit de rien moins que de pouvoir attaquer le muguet à son dé

Ce que nous avons à dire des *conditions hygiéniques*, comme causes santes du muguet, prouvera que nous n'avons nullement fait de la questi dente une question d'amour-propre, car le salut des enfants en dépend. I conditions hygiéniques, une seule nous a paru avoir une influence réelle *mauvaise alimentation*. A l'époque où nous publiâmes nos premières re nous ne pouvions émettre que des probabilités à ce sujet; depuis, nous occasion d'observer plusieurs fois le muguet, soit à Lourcine, soit en ville avons toujours noté que les enfants avaient été mis à une nourriture fécule autre côté, nous n'avons jamais vu un enfant nourri exclusivement au sei les premiers mois présenter cette affection, à moins que le lait de la no fût mauvais pour lui. Il est à désirer que ces recherches se multiplient.

Le défaut de propreté, de soins, d'un exercice journalier à l'air pur, l ture au biberon ou à la cuiller, exercent-ils une influence semblable? Il e de le penser, puisque ce sont là précisément les conditions dans lesquelle vent les enfants des hospices, si souvent atteints du muguet; mais le directes ne sont pas suffisantes. En somme, quoique les recherches s d'une certaine précision qu'elles auront par la suite, il faut du moins l'a n'est pas douteux que les conditions hygiéniques mauvaises dans lesquelle vent les enfants ne soient la principale cause du muguet; car, par voie sion, on est forcé d'arriver à cette conclusion. Or, s'il en est ainsi, on s bien serait dangereuse l'opinion que je combattais plus haut, en supposa ne soit pas fondée. Si, en effet, on admettait que les enfants forts et ro sont que rarement affectés du muguet, on pourrait être plus indifférent giène relativement à eux, tandis que, dans l'opinion fondée sur mes re tous les enfants sans exception ont besoin des mêmes précautions pour é la maladie.

[Il n'est pas facile de déterminer exactement le degré de force ou de que présente un enfant nouveau-né. Tout au plus pourrait-on établir enfants nés avant terme sont nécessairement plus faibles que les autres. ( poids et aux dimensions des enfants, ils ne sont pas en raison de la force par force on entend la résistance à la maladie et la vitalité. Tel enfant toutes les conditions apparentes de la force qui n'a ni vivacité ni ardeur, ( prêt à contracter toute espèce de maladies, tandis que des enfants en a chétifs ont une viabilité bien supérieure. Ce qu'il faut savoir, c'est que l'a ment, la dépression des forces vitales sont en raison directe des mauvaises c hygiéniques où l'on place les enfants, et que, de toutes, la pire est l'habitat un hôpital, foyer de toute infection morbide.

Sur 547 enfants entrés dans le cours d'une année à la Charité de M 402 ont été atteints du muguet (1).]

(1) Seux, *Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*, 1855.

…sons. — Les opinions les plus divergentes ont longtemps régné sur l'in… que les saisons exercent sur la production du muguet. MM. Blache et … pensent avoir observé cette maladie plus fréquemment dans les temps … humides. Valleix, dans la précédente édition de cet ouvrage, s'exprimait … « J'ai pu rechercher l'influence des saisons sur un grand nombre de ma… j'ai vu que plus de la moitié des cas avaient eu lieu dans les *trois mois chauds* de l'année, proportion immense qui établit le fait sur des bases … » M. Bouchut (1) dit qu'on observe plus souvent le muguet en hiver et … temps humides. Les travaux de M. Seux, établis sur un nombre de faits …able et sur une observation rigoureuse, viennent tout à fait confirmer l'opi… Valleix quant à l'influence de la chaleur sur la production du muguet. …ve avait déjà dit qu'un temps chaud et humide rendait plus fréquents les … des enfants. Suivant M. Seux, non-seulement les saisons influent sur le … des cas de muguet, mais encore sur leur intensité : ainsi, de même que, … les saisons chaudes et humides, les cas observés par cet auteur se multi…, de même aussi ils s'accompagnaient de phénomènes plus graves. Le mu…rait également plus fréquent dans le Midi que dans le Nord. Voici à cet égard …res donnés par M. Seux : tandis que dans le Nord, à Paris, on ne voit que …ur 100 enfants, atteints de cette maladie ; dans le Midi, à Marseille, on en …50 (il ne s'agit, bien entendu, que de la population des hospices).]

…it que le *muguet des adultes* se développe dans le cours des maladies gra…ës ou chroniques. Cette lésion se manifeste lorsque la maladie a fait … grands progrès, et que la faiblesse est considérable.

…èvres éruptives et typhoïdes, les phlébites surtout à la suite des couches, …mi les maladies aiguës celles dans le cours ou vers la fin desquelles on a le …vent observé le muguet. Parmi les affections chroniques, les cancers et la … pulmonaire présentent souvent ce signe ultime.]

2° Causes occasionnelles.

… vu, par ce que nous avons dit du grand nombre d'enfants affectés du mu… un court espace de temps, que cette maladie se présente avec des caractères …rence *épidémiques*. Le sont-ils réellement ? Les épidémies ont ordinairement …se générale inconnue, et les faits précédents démontrent ici l'action, sur …d nombre d'individus, d'une cause particulière. Ce ne serait donc pas là …ritable épidémie. Cependant on peut, jusqu'à un certain point, soutenir cette …, à cause de la prédisposition particulière acquise par les enfants à une cer… époque de l'année.

*…tagion.* — Les meilleurs auteurs ont été longtemps en désaccord sur la … de la contagion du muguet.

… la précédente édition de cet ouvrage, Valleix disait : « Cette contagion …tablie sur aucun fait positif ; quant à moi, j'ai vu des enfants très éloignés les … autres, sans contact entre eux, être affectés en même temps, et d'autres, …traire, ne pas gagner le muguet, quoique nourris avec la même cuiller que

(1) *Traité des maladies des nouveau-nés*, 3ᵉ édition. Paris, 1855.

les enfants malades. » MM. Guersant et Blache (1) ne croient pas à la conta[illegible]
muguet. Dugès croyait à la contagion par l'intermédiaire d'une nourrice [illegible]
à deux enfants. Double, Gardien, Frank, M. Andral, ont écrit que le [illegible]
était contagieux ; c'est aussi l'opinion de M. Trousseau, de M. Bouchut, de [illegible]
tonneau, de M. Rayer, qui ont cité des cas de transmission du muguet de la [illegible]
de l'enfant au sein de la nourrice, et du sein de la nourrice à la bouche d'[illegible]
enfant. Des faits semblables sont cités par Hœnertropf. Une question se [illegible]
ici : Les maladies des bouts de sein chez les nourrices consistent en [illegible]
ulcérations, plaques blanchâtres, et l'on a certainement trouvé sur ces pla[illegible]
espèce particulière de végétaux parasites, mais est-ce l'*oidium albicans?* [illegible]
M. Seux, ces pellicules seraient constituées par des filaments se rapportant à [illegible]
filiforme de la bouche, telle que la décrit Ch. Robin. Aussi M. Seux n'adm[illegible]
que le muguet puisse se fixer et végéter sur le mamelon, mais il admet [illegible]
sporules de l'*oidium albicans* peuvent être déposées sur le mamelon ou sur [illegible]
ron, et être ainsi transmises à la bouche d'un enfant.

Il y a, dit M. Gubler (2), un mode propagateur que démontrent les expé[illegible]
suivies de succès, dans lesquelles des filaments byssoïdes, empruntés à la [illegible]
d'un enfant malade et portés dans la bouche saine d'un autre enfant, ont [illegible]
duit le muguet chez celui-ci.

De ce qui précède il résulte que le plus grand nombre des auteurs a [illegible]
contagion du muguet, soit théoriquement, soit par suite des faits observés, [illegible]
cette opinion est confirmée par les données scientifiques les plus capable[illegible]
traîner la conviction. Nous admettrons donc que le muguet peut se transm[illegible]
moyen d'un corps intermédiaire, et à plus forte raison par le contact direct. [illegible]

Est-il aussi évident que le muguet puisse se transmettre par l'interméd[illegible]
milieu ambiant? Un grand nombre de médecins hésitent encore à se prono[illegible]
ce point : ils admettent que l'insalubrité d'une salle d'hôpital peut enge[illegible]
entretenir des conditions favorables au développement de l'oïdium, mais [illegible]
croient pas que chaque individu atteint de la maladie puisse, étant transporté [illegible]
un milieu sain, devenir lui-même centre d'infection. Cependant, si l'on pe[illegible]
le muguet soit produit par des spores disséminées dans l'atmosphère, il dev[illegible]
évident que ces spores peuvent se transporter par l'intermédiaire du mili[illegible]
biant d'un individu malade à un individu sain : le danger sera d'autant plus [illegible]
qu'un nombre plus considérable de personnes atteintes de muguet sera as[illegible]
dans un même lieu.

En résumé, nous dirons avec M. Seux : Les causes du muguet sont de [illegible]
ordres : dans le premier, se rangent celles qui, agissant sur l'organisme entie[illegible]
terminent un état général sous l'influence duquel se développe la maladie ; [illegible]
le second, viennent se ranger celles qui facilitent ou hâtent ce développement.

Parmi ces dernières, l'acidité de la bouche a été signalée, dans ces de[illegible]
temps, comme jouant un rôle considérable, à tel point même qu'un auteur [illegible]
les travaux ont un caractère de rigueur scientifique peu commune, M. Gubler, [illegible]
cru autorisé à en faire le caractère essentiel de la maladie. Pour M. Gubler (3), [illegible]

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. MUGUET.
(2) *Études sur la mucédinée du muguet*. Paris, 1858.
(3) *Loc. cit.*

ommun entre tous les cas morbides, si différents par la nature de la cause ne, par le siége, le symptôme, la gravité? « Rien autre chose que ceci : bituelle et très prononcée des liquides qui lubrifient les cavités murincipalement le tube digestif. La présence de l'*oidium albicans* n'a autre signification. »

inière exclusive de voir a été combattue par M. Seux, lequel établit que : ie des nouveau-nés en bonne santé est acide; 2° cette acidité normale t plus prononcée, que les nouveau-nés sont avancés en âge; 3° l'allaite- pour rien dans cette acidité. Ainsi il n'y aurait pas lieu de considérer la bouche des nouveau-nés comme un fait morbide précédant le muau plus faudrait-il voir là chez les enfants une cause prédisposante.

l'acidité anormale de la bouche chez les adultes, comme cause de muoservations de M. Gubler conservent toute leur valeur.]

## § III. — Symptômes.

*chez les enfants.* — Il est très important de fixer le début de cette affecuteurs ne le font pas remonter au delà de l'apparition des premiers symcôté de la bouche. L'analyse de nos observations m'a prouvé qu'il n'en nsi. Voici ce qu'elles nous ont appris.

— Dans la grande majorité des cas, il survient, quelques jours avant i du muguet dans la bouche, un *érythème* des fesses, quelquefois très s vif et se propageant aux cuisses. On a dit que cet érythème était dû des fèces sur ces parties, lorsqu'il y avait diarrhée. Nous avons vu dans as cet érythème survenir chez les petits malades sans qu'il y eût aucune de diarrhée. Quant au concact de l'urine et des matières fécales, sans e soit la cause déterminante du symptôme, nous ferons observer que ne se produit chez les autres sujets qu'avec beaucoup de difficulté; inéralement, dans les cas qui nous occupent, beaucoup plus intense et n, et que, par conséquent, il y a dans ces cas une bien plus grande ten- production, ce qui est un des caractères de la maladie. Peu de jours ient une *diarrhée* plus ou moins abondante; le *mouvement fébrile* se enfin apparaissent les premiers symptômes buccaux. Dans quelques cas, les choses ne se passent pas absolument ainsi, et les symptômes du côté gestif apparaissent presque tous à la fois. Mais la règle générale que nous indiquer n'en existe pas moins, et il y a une liaison telle entre les symnt il s'agit, ils se succèdent si régulièrement, qu'on ne peut, sans apporuve de nouveaux faits bien observés, se refuser à faire remonter le début on à l'apparition des premiers phénomènes dans la partie inférieure du tinal. Toutes les pneumonies ne commencent pas par des troubles diges- violent mouvement fébrile, et cependant, lorsqu'il en est ainsi, on n'hé- ixer le début au moment où ces symptômes se montrent.

es auteurs ont cité des faits en faveur de l'existence d'un muguet pure- l, qui commence par les symptômes de la bouche et reste borné à cette s faits prouvent que, dans certaines circonstances qui nous sont incon- nuguet, ordinairement symptomatique, se montre sous la forme idiopa-

thique. Il peut se faire, quoique je n'en connaisse pas d'exemples, que le des nouveau-nés soit symptomatique d'une affection étrangère à la cavité dans ces cas, que l'on pourrait comparer à ceux qu'on a observés chez les on remarquerait d'abord nécessairement les symptômes propres à la maladie tive ; mais y aurait-il aussi des symptômes du côté de la partie inférieure digestif ?

[M. Seux (1), dont nous citerons souvent les travaux dans le cours de cet considère également le muguet comme une manifestation d'un état morbi le tube digestif est le plus souvent le siége. Suivant cet auteur :

1° L'inflammation joue un rôle très important dans le muguet.

2° Cette inflammation se porte principalement sur la bouche, mais, certain nombre de cas, elle atteint aussi le pharynx, l'œsophage, l'estomac tout l'intestin.

3° Cette inflammation n'est pas une phlegmasie ordinaire : au contraire, quelque chose de spécial, puisqu'elle est accompagnée d'une moisissure rencontre pas dans toutes les phlegmasies des voies digestives.

4° Le cryptogame qui forme le caractère pathognomonique de la maladie, la fausse membrane forme celui de la diphthérite, peut se rencontrer dans points des voies digestives ; mais on le rencontre par ordre de fréquence bouche, l'œsophage, le pharynx, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin.

M. Seux va plus loin encore : non-seulement il conçoit comme néces état général prédisposant au muguet, mais il considère la maladie comme jours générale, et pour ainsi dire infectieuse ; il la compare aux fièvres disant que le muguet est à l'état général ce qu'est la pustule dans la fièvre leuse, et, ayant rencontré des altérations des plaques de Peyer et des folli Brünner chez les enfants atteints de muguet, il rapproche cette maladie de la typhoïde. Sans doute cet auteur n'admet pas l'assimilation absolue entre des morbides si différents, mais il semble céder à une conviction basée sur une expérience, lorsqu'il insiste sur l'état des fonctions digestives chez les enfants du muguet, et lorsqu'il repousse l'idée que la lésion locale soit toute la maladie.

*Symptômes.* — Nous croyons devoir diviser la maladie, sous le rapport description des symptômes, en deux périodes, parce qu'il survient un mo les principaux phénomènes changent totalement, et où les enfants présentent de collapsus qui ne ressemble en rien à l'état d'excitation qui a été noté qu'alors.

La maladie une fois établie, on constate les symptômes suivants, du moins les cas de muguet grave, tel qu'on l'observe à l'hospice des Enfants trouvés.

*Première période.* — La *bouche* rougit, excepté dans des cas rares où le est très peu abondant. La *rougeur* est surtout remarquable sur la langue ; des progrès sensibles à mesure que l'exsudation pseudo-membraneuse l'extension. Lorsque, dans le cours de la maladie, on enlève mécanique muguet, la langue devient d'un rouge de sang, et prend un aspect lisse et comme si, après l'enlèvement de l'épithélium, il s'en était formé un Souvent même l'arrachement de la plaque de muguet occasionne un léger

(1) *Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1855.

sang qui se manifeste par des gouttelettes isolées, et finit par couvrir la

pilles de la langue se gonflent et deviennent notablement saillantes peu
après l'apparition de la rougeur; assez souvent même ces deux phéno-
montrent en même temps. Le gonflement des papilles va ensuite en aug-
jusqu'à ce que les symptômes du collapsus viennent à se manifester,
laquelle elles s'affaissent, en même temps que la rougeur diminue. On
voir que l'enlèvement mécanique du muguet les fait disparaître.

deux jours après, dans la grande majorité des cas, le muguet se montre.
sente d'abord sous forme de grains qui paraissent sur la langue au sommet
les gonflées; puis sous forme de petites masses, sur la face interne des
t des joues, et de feuillets sur la voûte palatine et le voile du palais. Au
temps ordinairement court (trois ou quatre jours), les grains et les pla-
gmentent de largeur et d'épaisseur, se rapprochent et forment une couche
moins épaisse, qui recouvre en tout ou en partie la cavité buccale. C'est
lement sur la langue que le muguet se montre sous forme de couches con-
les. Le *siége primitif* de cette altération a été recherché.

auteurs ont émis deux opinions longtemps rivales. Les uns croyaient que
et se déposait à la surface de l'épithélium; pour les autres, il y avait sou-
t de la couche épithéliale par les fausses membranes. Billard croyait que
et était sécrété par les follicules. M. Gubler et M. Bazin (1) pensent que
pignon du muguet naît dans les glandules buccales; tandis que M. Ch. Robin,
tant cette opinion, établit que l'on rencontre le muguet dans l'intervalle
des. Ce même auteur admet que le muguet se développe à la surface de
lium, et M. Seux a été amené par de longues études à partager cette opi-
Il ne paraît pas nécessaire à la production du muguet que l'épithélium soit
ainsi que le pensaient MM. Delpech et Trousseau (2).]

que le muguet est rassemblé en masses volumineuses et en couches, on trouve
nction morbide avec les caractères suivants : C'est une matière ordinaire-
blanche, quelquefois jaunâtre, et, d'après quelques auteurs, présentant par-
e couleur plus foncée. Elle est molle, s'écrase sous les doigts comme du
e frais, ne présente aucune trace d'organisation, et ne tient aux parties sous-
s par aucun filament. Cependant on a vu plus haut que parfois on éprouvait
ez grande difficulté à l'arracher. Lorsqu'on l'enlève, elle a une grande ten-
à se reproduire. Sa présence occasionne une telle gêne, que les enfants font
langue des mouvements continuels comme s'ils voulaient se débarrasser du
étranger. Il y a une sorte de mâchonnement qui est d'autant plus marqué
persévérant, que la couche est plus considérable. Lorsque le muguet ne
te qu'en quelques grains épars, ce symptôme n'a pas lieu.

ne peut pas douter de l'existence d'une *douleur* assez vive de la bouche, et
rtionnée à l'intensité du mal. Lorsqu'on introduit le doigt dans la bouche,
t, si la lésion locale est considérable, loin de le serrer, ouvre largement les
ires, se rejette en arrière et pleure. Dans le cas contraire, il exerce quel-

(1) *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*. Paris, 1853.
(2) *Journal de médecine*, 1845.

ques mouvements de succion, et lâche bientôt prise. Il en est de même lo[...] veut lui faire prendre le sein ou le biberon.

La *chaleur* de la bouche, vers la fin, est remplacée par un *froid* rem[...] de cette partie.

Cependant l'*humidité* de la paroi buccale peut être conservée, quoi[...] souvent encore elle présente une *sécheresse* marquée, et l'on peut noter [...] sence d'un enduit ordinaire de la langue, bien différent de l'exsudation c[...] ristique.

Enfin on observe dans la cavité buccale une autre lésion bien digne de rem[...] c'est l'apparition d'une ou de plusieurs *ulcérations*, à fond blanc, jaune ou [...] à bords taillés à pic, ovalaires, siégeant sur la ligne médiane du palais ou [...] de la langue. Ces ulcérations se montrent, dans la majorité des cas, avant [...] l'apparition des premiers grains du muguet, et il n'est pas rare de les voir [...] dans le cours de la maladie, alors même que la terminaison est fâcheuse.

Lorsque le voile du palais et la base de la langue sont envahis par une [...] quantité de muguet, on observe des *vomissements* opiniâtres, formés de [...] incolores, qui ne sont autre chose que les matières alimentaires ou les [...] ingurgitées. Sans doute la présence du muguet dans l'œsophage est a[...] beaucoup dans ces vomissements; mais à une époque moins avancée de la [...] lorsque les symptômes sont très intenses, on note dans quelques cas des vomis[...] jaunes ou verdâtres qui coïncident avec une sensibilité marquée de l'épig[...] qui dénotent l'inflammation de l'estomac. Alors, en effet, il n'y a encore [...] pharynx ni dans l'œsophage rien qui puisse les déterminer.

Le *ventre* est sensible et tendu dans la grande majorité des cas. C'est [...] époque assez avancée de la maladie que se manifestent ces phénomènes. [...] cussion démontre que la tension est due à une accumulation de gaz dans [...] testins. Une *douleur* plus ou moins vive occupe l'abdomen; d'abord born[...] fosse iliaque droite et à l'épigastre, elle s'étend, lorsque la maladie est in[...] tout l'abdomen (1). Cette douleur est dénotée par la pression, dans la [...] des cas. Mais quelquefois on voit les enfants se tordre, s'agiter, et pousser [...] avant l'expulsion des selles, puis rester dans le calme, ce qui doit faire a[...] l'existence de *coliques* plus ou moins vives. C'est au moment de l'appari[...] premiers grains de muguet qu'on voit se manifester ce symptôme. Il est di[...] savoir si l'*appétit* est diminué ou perdu, ou si l'enfant refuse les aliments [...] de la douleur de la bouche. L'existence des symptômes fébriles doit faire a[...] celle de ces symptômes digestifs.

Les *selles*, d'abord demi-liquides, deviennent bientôt nombreuses, abo[...] liquides, ordinairement jaunes d'abord, puis vertes, quelquefois vertes dès [...] mencement. Il n'y a eu, dans les cas que nous avons observés, qu'u[...] exception à cette règle; elle s'explique par la bénignité de la maladie, et [...] il faut noter que, dans ce cas exceptionnel même, plusieurs autres sympt[...] côté de l'estomac et des intestins n'en existaient pas moins. Jamais nous [...] pu constater la présence du muguet dans les selles, quoiqu'on ait dit que l[...]

(1) Voy. pour la constatation de cette douleur, le chapitre de ma *Clinique des nouveau-nés*, consacré à l'exploration clinique.

On n'y trouve que quelques grumeaux blancs, semblables au lait caillé, par l'aspect et la consistance, de la production pseudo-membraneuse. it l'*érythème* fait des progrès; il envahit les cuisses et même la partie et interne des jambes, le scrotum et les grandes lèvres. La coloration varie, dans ces points, du rouge vif au rouge brun. Elle forme sur les s cuisses des plaques peu saillantes, larges, aux limites desquelles on arge composée de papules saillantes, qui plus tard se confondent pour plaques érythémateuses. Parfois on trouve sur celles-ci de petites éle-nt à leur sommet des points brillants dont on ne peut pas faire sortir de rsque l'érythème est très vif, on voit assez souvent à sa surface des exco-15 à 18 millimètres environ, et plus rarement de véritables ulcérations c, intéressant à peu près le tiers du derme. Dans aucune autre maladie, ne ne se montre avec la même intensité; et si l'on considère, d'un autre peut se manifester avant le début de la diarrhée, et finir avant qu'elle mée, on sera porté à admettre qu'il y a là quelque chose de propre , et que cette tendance à l'ulcération, que nous avons déjà trouvée dans et que nous retrouverons encore ailleurs, n'est pas seulement sous la du contact prolongé des selles et des urines avec la peau.

*ulcérations* se forment sur les *malléoles*, ou un peu au-dessus d'elles, au talon; elles occupent toujours une certaine profondeur dans l'épais-eau, et, comme l'érythème, elles peuvent disparaître, au moins en partie, a diarrhée se supprime. Ce qui indique encore que, si le frottement est terminante de l'ulcération, il n'en existe pas moins une prédisposition on, qui n'est pas un des phénomènes les moins remarquables de la mala-en outre que, dans les autres affections, il n'en est pas ordinairement

de la *respiration*, on observe une accélération plus ou moins notable, and il y a de la fièvre. Assez souvent le muguet se complique de pneu-lors apparaissent les signes propres à cette affection, qui n'est que secon-reil cas.

même que le muguet se montre dans la bouche, les symptômes qui le s'accompagnent, dans presque tous les cas, d'un *mouvement fébrile* le 80 à 90 pulsations, le pouls s'élève à 116, 136, 140. A mesure que fait des progrès, l'accélération du pouls augmente, et le nombre des peut atteindre 180. Plus tard ce nombre décroît, comme on le verra un in. En même temps il y a une *agitation* marquée qui se manifeste aussi anément que sous l'influence d'une provocation quelconque, et qui, dans nd nombre des cas, a lieu avant l'apparition du muguet dans la bouche. s mouvements désordonnés, des contorsions, des *cris* continuels, qui, gus, deviennent sourds et rauques, lorsque l'exsudation a envahi le pha-haleur est exagérée, surtout au ventre, et la peau est d'une sécheresse le. Les *forces* ne paraissent pas sensiblement abattues tant que la maladie n état d'acuité. La *face* devient pâle; elle prend bientôt un aspect ter-s lèvres sont bleuâtres. La *maigreur* se prononce, les yeux s'excavent; e des rides, principalement sur le front. Les *traits de la face* ne pré-illeurs aucun signe particulier.

On comprendra difficilement, après cette description, comment M. berg (1) peut avoir avancé que nous prétendions n'avoir jamais vu la fièv muguet. Nous n'avons pu prendre connaissance de son article que dans qu'en a donné le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (2 attribuer cette erreur au traducteur?

Enfin des *pustules*, des *papules*, et même des *bulles*, peuvent se m diverses parties du corps; mais elles n'ont rien qui appartienne en muguet.

*Deuxième période.* — La seconde période ne demande pas, à beaucoup description aussi étendue; elle ne consiste guère, en effet, que dans une d notable de tous les symptômes précédemment indiqués, et dans une rapide à un état tout opposé. L'agitation fait place à un abattement extrêm perd peu à peu de sa force et de sa fréquence; les extrémités et puis l corps se refroidissent; la face est grippée, la maigreur excessive; l'enfan l'aspect d'un petit vieillard. La diarrhée diminue, perd ordinairement verte pour reprendre la couleur jaune primitive; les vomissements ces muguet lui-même devient moins abondant; il ne se renouvelle plus ave facilité quand on l'enlève. Ces derniers signes précèdent de peu de temp qui survient sans agitation nouvelle.

Telle est la description du *muguet grave*, de celui qu'on observe au trouvés. Dans les cas que nous avons vus en ville, les symptômes étaient le mais quelques auteurs ont vu des cas d'une bénignité telle, qu'ils ne sont parables à ceux que nous avons décrits. Alors, le muguet étant borné à l son apparition et un peu de gêne dans la succion sont presque les seuls sy Il est à désirer que les observations de ce genre soient publiées dans t détails. Chez les enfants nouveau-nés, les symptômes doivent être cher grand soin, car ils sont assez souvent difficiles à reconnaître. C'est ce q fait élever quelques doutes sur la simplicité du muguet dans les cas rap MM. Trousseau et Delpech (3). Nous ne pouvons entrer ici dans une d détaillée sur ce point, on peut voir les raisons que nous avons données lettre adressée au rédacteur des *Archives* (4); elles nous paraissent de prises en sérieuse considération.

[M. le docteur Seux admet deux variétés de muguet : muguet sans en muguet avec entérite. La première variété est très bénigne. Elle s'est re 286 fois sur 402 enfants atteints de muguet, et un seul de ces 286 enfa combé. L'érythème des fesses existe souvent, même dans ces cas légers. L maladie se termine sans érythème, sa durée, à partir de l'apparition de la de la bouche, est de trois à quinze jours; lorsqu'elle est accompagnée d'é elle dure, à partir de l'apparition de la rougeur de la bouche jusqu'à la tion de l'érythème, de dix à vingt-cinq jours et plus.]

*Muguet des adultes.* — Nous avons peu de chose à ajouter relative muguet des adultes. Nous avons déjà dit qu'il survenait à une période

(1) *Journ. für die Kinderkrankheiten*, 2e numéro de novembre 1855.
(2) Numéro de novembre 1845.
(3) *Journal de médecine*, janvier, février, mars, avril 1845.
(4) *Archives générales de médecine*, 4e série, 1846, t. X, p. 337.

maladie, soit aiguë, soit chronique. Il se manifeste, comme chez les · des grains qui ne tardent pas à se réunir. Les malades, pouvant faire rs sensations, se plaignent de picotements, d'ardeur à la bouche et de déglutition, lorsque la couche crémeuse envahit le voile du palais et du

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

ce qui précède, il est facile de comprendre la *marche* du muguet. C'est e dont les progrès sont incessants. Nous l'avons divisée en deux périodes; gardant les symptômes du début comme formant une période, on pour-e trois, comme nous l'avons proposé (1), et les désigner sous le nom de *invasion*, d'*accroissement* et de *collapsus*. Au reste, il faut se rappeler le muguet comme dans la plupart des maladies, il n'est pas rare de ren-ielques phénomènes d'une période dans une des deux autres. La *durée* idie, chez les enfants, est d'autant plus longue que les symptômes sont ients; elle est très variable, puisque, dans les cas que nous avons obser-été de sept à trente-sept jours. Si l'on ne voulait admettre l'existence :t qu'au moment de l'apparition de l'exsudation pseudo-membraneuse ›uche, elle serait de deux à trente-cinq jours; mais cette courte durée ›urs est, par elle-même, une preuve que cette manière de voir n'est pas r une affection locale de cette nature n'emporterait pas les enfants en si nps.

ıinaison est bien fréquemment funeste, du moins à l'hospice des Enfants ur 140 cas qui se sont montrés dans les salles de M. Baron, il n'y a eu ıérisons, et sur 22 malades observés par nous, 2 seulement ont guéri. ıises conditions dans lesquelles se trouvent les enfants, et que nous avons ıvorables au développement du muguet, sont sans doute pour beau-ı cette grande mortalité. C'est un point sur lequel nous reviendrons à u traitement. Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, la ıbe, les forces se maintiennent, les symptômes intestinaux disparaissent; ıguet diminue, et disparaît aussi. Il n'y a donc pas de période de collapsus. tistique donnée par Valleix est de nature à faire penser que le muguet est ion des plus graves; cependant Valleix ne laisse pas ignorer au lecteur bservations ont été principalement recueillies à l'hospice des Enfants trou-ı mortalité est toujours très considérable. Il n'y a pas de maladie, si légère ›ive être, qui ne puisse, à l'hospice des Enfants trouvés, déterminer la :st une vérité depuis longtemps démontrée, et si un pareil état de choses, au plus haut degré, persiste encore aujourd'hui, il ne faut s'en prendre ifférence publique.

ıudrait pas croire qu'il en fût de même ailleurs. Les enfants de la ville et ıpagne, élevés chez leurs parents ou chez de bonnes nourrices, succom-ı rarement au muguet; et même, dans les établissements hospitaliers, la n des cas mortels est loin d'être considérable. M. Seux s'exprime ainsi à « Auvity avait observé que, sur 10 enfants affectés de muguet, il en mou-

*ıique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, p. 412.

rait 9; Baron, sur 140, en a perdu 109. Je comprends que, sous l'impre semblables résultats, ces médecins aient soutenu que le muguet était une d'une grande gravité; mais toutes les statistiques sont loin de donner la proportions. MM. Trousseau et Delpech ont obtenu 23 guérisons sur 48 les 402 faits que j'ai recueillis à l'hospice de la Charité, du 1er février 1er février 1853, je n'ai perdu que 20 malades, encore dois-je observer ces derniers ont succombé à la suite de complications, telles que l'hépatite pèle phlegmoneux, la gangrène des oreilles. Durant l'année 1854, sur 23 atteints de muguet, je n'ai eu que 14 décès qui aient pu lui être attribués.

On pense généralement que le muguet qui survient *chez les adultes* se toujours par la mort; mais cela n'est vrai que dans les cas de muguet sur fin des maladies chroniques, ainsi que nous le ferons voir plus loin.

## § V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* sont très nombreuses et très variées dans le mu *enfants.*

[L'apparence de la cavité buccale, après la mort, ne s'éloigne guère qu'elle a présentée pendant la vie; cependant à la rougeur succède la l'humidité la sécheresse. Le muguet s'enlève facilement, tandis qu'on ne détacher sans effort pendant la vie. On n'observe que très rarement l'éro membrane muqueuse. Le pharynx est assez souvent le siége du muguet, dans la moitié des cas où la terminaison a été fatale.]

Dans l'œsophage, on voit de gros grains de muguet, tantôt disséminé sous forme de zones, plus ou moins serrés, et quelquefois confluents. Ils à une certaine distance du cardia. Rarement on y voit des ulcérations. L et les intestins présentent un ramollissement presque constant de la mu occupant une plus ou moins grande étendue de ces organes, fréquemm rougeur, ramollissement et épaississement de la membrane. Dans un peti de cas, on y trouve des ulcérations, bien plus rarement encore quelques muguet plus ou moins rapprochés.

[Quelquefois le muguet s'arrête brusquement au cardia. On le rencon rarement dans le duodénum et dans le gros intestin.]

On voit sur la peau des fesses et des cuisses des traces de l'érythème, en rougeur foncée, injection du derme, quelquefois des ulcérations. Vers léoles se retrouvent des ulcérations intéressant plus ou moins profond derme, quelquefois couvertes d'une croûte, et quelquefois en voie de cicat

Très rarement on a trouvé dans les méninges des traces d'inflammation. mons présentent les lésions de la pneumonie secondaire, assez fréquente d maladie. Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

La multiplicité de ces lésions, le grand nombre de points occupés par les tions, ne viennent-ils pas prouver que la maladie est plus générale qu'on pensé, et que la lésion de la bouche est habituellement une conséquence affection générale? Cette manière de voir a de plus pour elle l'analogie, qu' invoquer dans ce cas; car, dans le muguet des adultes, on voit les lésion bouche survenir sous l'influence d'un état morbide général, et c'est préci

qu'il en est ainsi d'une manière bien évidente, qu'à un âge avancé, le muguet, accident secondaire, n'exige pas une description particulière.

Chez *les adultes*, le muguet ne s'étend pas ordinairement à l'œsophage, comme les nouveau-nés.

[Le muguet peut-il se montrer ailleurs que dans les voies digestives? Plusieurs auteurs très recommandables pensent l'avoir vu se développer au sein des nourrices; d'autres en citent des cas observés au prépuce, à la vulve (Trousseau et Delpech). Ces faits, rares et observés sans que le microscope intervînt pour déterminer la nature vraie du produit morbide, ne sauraient être passés sous silence, mais ne doivent être toutefois acceptés qu'avec réserve. En tout cas, ils ne sont pas de nature à embarrasser le médecin, et il n'est parlé nulle part d'un muguet généralisé : ce ne seraient là que des accidents isolés, qui n'engendreraient par eux-mêmes aucun danger sérieux.]

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Le diagnostic* du muguet ne présente pas de difficultés sérieuses. Les *aphthes* s'en distinguent par l'ulcération et l'absence de pseudo-membrane; la *stomatite couenneuse*, par la formation d'une pseudo-membrane sous forme de couche dès le début; les autres affections de la bouche, par des caractères trop tranchés pour qu'il soit nécessaire de les indiquer ici. N'oublions pas d'ailleurs que le muguet a son siége principal sur la langue, ce qui ne se rencontre pas dans les autres maladies de la cavité buccale.

Avant les recherches auxquelles nous nous sommes livré, il aurait paru fort étrange qu'on voulût distinguer le muguet de l'*entérite des nouveau-nés;* mais si, comme nous le croyons d'après les faits, le muguet n'est ordinairement qu'une suite d'entérite, ou plutôt qu'une lésion faisant partie d'une affection plus générale, dont l'entérite est un des principaux phénomènes, on comprend que la question change de face. Nous avons vu des cas où la maladie, n'ayant pendant longtemps présenté que les signes d'une entérite intense, quelques grains de muguet se sont montrés sur la fin de la vie. Cette dernière affection ne s'est-elle produite qu'au moment même de leur apparition? Non, si, comme on est entraîné à l'admettre par l'observation, il existe un ordre régulier de succession entre la première maladie et le muguet, qui n'en est qu'un épiphénomène. La présence ou l'absence de l'inflammation pseudo-membraneuse constitue la seule différence. Dans les cas où le muguet est purement local, il est évident que ce diagnostic différentiel ne doit pas même être mis en question. Il est inutile de présenter un tableau synoptique pour un diagnostic si peu embarrassant.

*Pronostic.* — L'effrayante mortalité signalée plus haut, dans le *muguet des enfants*, prouve assez combien l'affection est grave dans les conditions où se trouvent les enfants nouveau-nés des hospices. Quelques faits que nous avons observés hors de l'hospice m'ont prouvé qu'on pouvait assez efficacement, par une bonne hygiène et par des moyens thérapeutiques que nous indiquerons plus loin, s'opposer aux effets de la maladie, alors même qu'elle se présente avec des symptômes très intenses. Espérons que la mortalité diminuera à mesure que l'on placera les enfants dans des conditions plus favorables.

Lorsque le muguet a duré longtemps, les lésions se multiplient, la survient souvent, et l'issue fatale est plus à craindre. En général, la grande des symptômes locaux annonce une grande gravité de la maladie. Les période de collapsus doivent faire craindre une mort prochaine.

On a dit, et c'est une opinion que les intéressantes recherches de M. ont beaucoup contribué à répandre, que l'apparition du *muguet chez les* était un indice de mort prochaine ; mais il faut remarquer que cet auteur dié le muguet des adultes que dans les maladies chroniques, où effective choses se passent ainsi. Dans les maladies aiguës, il n'en est pas de même, le prouvent les observations de M. Louis (1), qui, dans la fièvre typhoïde culier, a vu cette affection de la bouche se produire chez un assez grand sujets qui cependant ont guéri. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que rition du muguet se lie à une assez grande gravité de l'affection principale.

## § VII. — Traitement.

C'est avec raison que Guersant et M. Blache ont divisé le traitement phylactique et curatif. Ce qui a été dit plus haut prouve, en effet, qu'une hygiène et des soins bien entendus donnés aux enfants rendent le infiniment plus rare. Examinons donc le traitement sous ces deux points différents.

1° *Traitement prophylactique.* — Il faut que les enfants ne soient longtemps abandonnés dans leur berceau ; qu'on les promène quand ils sont et surtout qu'on leur fasse respirer un air pur, sans les exposer au froid. veiller à ce qu'ils soient propres et à ce qu'ils ne souffrent pas de la faim.

Le point le plus important est dans la *nourriture* qu'on leur donne. enfants ont une bonne nourrice, le sein leur suffit ; il est inutile de leur d'autres aliments, comme on ne le fait que trop souvent. Leurs organes supportent avec peine. Depuis que nous avons vu ce qui se passe aux trouvés, nous avons toujours conseillé de tenir les enfants exclusivement jusqu'à l'âge de quatre mois au moins, et nous les avons toujours vus sans qu'il en résultât aucun inconvénient pour la nourrice. Les potages au salep et les autres substances féculentes sont d'une trop tion avant cet âge. S'il est démontré que la mauvaise qualité du lait peut duire le muguet, ce qui résulte de quelques faits rapportés par M. le Girard (de Marseille), on sent quel soin il faut apporter dans l'examen de la rice, examen qui ne doit pas finir lorsque l'allaitement est commencé, continuer dans son cours. M. Donné a cité quelques exemples qui qu'avec de l'attention on peut découvrir, dans les qualités du lait de la la cause de la maladie de l'enfant. Lorsque toutes ces précautions seront dans les hospices consacrés aux enfants trouvés, il est probable que le beaucoup moins de ravages. Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'on doit insister sur les moyens prophylactiques dans les mois les plus chauds de l'année n'a pas oublié, sans doute, que c'est à cette époque que la maladie se dans une immense proportion.

(1) *Recherches sur l'affection typhoïde.* Paris, 1841, 2e édition, t. I, p. 511.

*...aitement curatif.* — Il peut être divisé en *traitement local* ou *externe*, et *...ment général* ou *interne*.

*...ment local.* — Les auteurs qui ont regardé le muguet comme une maladie ...t locale ont naturellement insisté sur ce traitement. Nous allons retrouver ...urs moyens employés contre la stomatite en général.

*...rgarismes adoucissants et mucilagineux* sont recommandés par tous les ... La décoction d'eau de guimauve, de graine de lin, de pepins de coing, ... grasses, etc., sert pour ces gargarismes, qui, chez les enfants nouveau-...vent nécessairement être appliqués par le médecin ou par les personnes ... de l'enfant. C'est à l'aide d'un tampon de linge ou d'un pinceau de char-... imbibé qu'on porte, à plusieurs reprises, le liquide sur les diverses parties ...uche. Il faut revenir très souvent à cette application, surtout quand il y ...grande sécheresse à la paroi buccale.

...sque la bouche paraît très douloureuse, on peut rendre ces gargarismes cal-..., en y joignant une décoction de tête de pavot, ou en les composant ainsi ...it :

| | | |
|---|---|---|
| ...écoction de guimauve. / ...it................ | ãã 100 gram. | Laudanum de Sydenham...... 4 gouttes. |

...pourra craindre que les mouvements de succion, auxquels l'enfant se porte ...e malgré lui, lui fassent avaler une portion de ce mélange opiacé; mais cette ... n'est pas fondée : d'une part la quantité d'opium ingérée est très petite, et ...tre cette substance est loin d'avoir les résultats fâcheux qu'on lui attribue ...cilement.

...ut bien se garder d'imiter la pratique de quelques personnes qui, en faisant ...de ces gargarismes, cherchent à détacher la pseudo-membrane à l'aide du ...ouillé. Nous avons constaté, en effet, que l'arrachement de cette production ...de n'a aucun effet sur la marche de la maladie; que la fausse membrane se ...uit avec promptitude, et que, d'un autre côté, on augmente la douleur, on ...l'inflammation plus vive, on fait saigner la bouche, et par suite on ajoute à ...tion des enfants.

...elques médecins, au lieu d'appliquer le gargarisme comme nous venons de le ..., font des *injections* dans la bouche avec une petite seringue. Nous n'avons ... vu employer ce moyen, qui ne nous paraît pas remplir les conditions ...saires. Si, en effet, on ne pousse l'injection que par un petit jet et sans force, ... peut pas la faire pénétrer partout, et, dans le cas contraire, on risque de faire ...ir dans le pharynx une quantité de liquide assez grande pour avoir des ...vénients.

...rsant et M. Blache recommandent d'employer les gargarismes adoucissants ...la première et dans la seconde période, et de ne passer à l'emploi des stimu-...t des astringents que dans la troisième. Mais ce n'est point ainsi qu'on agit ...lement. Les uns n'usent que des topiques émollients pendant toute la durée ... maladie, et les autres ont recours aux stimulants, aux astringents et même aux ...érétiques, dès le début de l'exhalation pseudo-membraneuse. Dans l'état actuel

de la science, il est difficile de se prononcer sur ce point; des expériences s
n'ont pas été faites.

Fréquemment on ajoute aux gargarismes du *sucre*, du *sirop de gomme*,
*de mûres*, ou du *miel rosat*. Ces substances ont une action médicam
faible. M. Blache et Guersant ont trouvé que dans es deux premières péri
ont l'inconvénient de dessécher la bouche. On peut donc les supprimer.

Dans la seconde période, ces médecins prescrivent le mélange suivant :

| | |
|---|---|
| ℞ Décoction de graine de lin. 200 gram. | Chlorure de chaux liquide... 30 gr |

Mêlez. On peut remplacer le chlorure de chaux par le jus de citron.

Voici ce que nous disions en 1838 (1) relativement à l'emploi du
chloruré : « Nous avons vu employer ces lotions, et jamais nous n'avons
qu'elles eussent d'autre effet que de jaunir la couche pseudo-membran
ne m'ont point paru hâter le moment où la pseudo-membrane se détach
même, et cette espèce de gargarisme n'avait pas de meilleur résultat
autres. » Depuis lors, il n'est venu à notre connaissance aucun fait qui pû
engager à modifier cette manière de voir.

Des gargarismes composés ont aussi été prescrits. Le *borate de soude*
particulier d'une grande réputation. On prescrit la préparation suivante :

| | |
|---|---|
| ℞ Décoction de guimauve... 200 gram. | Borate de soude............. 8 g |

Faites dissoudre; ajoutez :

℞ Sirop de miel.................................. 30 gram.

Aucun fait ne prouve que ce médicament ait une vertu particulière. No
rons autant de ceux qui vont suivre, que nous présentons cependant parce q
encore beaucoup à faire sur le traitement du muguet, et qu'il est important q
connaisse bien les divers moyens prescrits, pour qu'on puisse multiplier le
riences sur le traitement local.

L'*alun* a été également employé sous forme de gargarisme. Il faut le p
dans les proportions suivantes :

| | |
|---|---|
| ℞ Alun.................. 2 gram. | Miel rosat................. 20 g |
| Décoction d'orge........ 200 gram. | |

Quelques gouttes d'*acétate de plomb* dans un demi-verre d'eau peuven
être prescrites; mais il faut surveiller les mouvements de succion de l'enfa
point trop imbiber le linge ou le pinceau. Il en est de même quand on em
gargarisme acidulé avec l'*acide hydrochlorique* ou *nitrique*. M. le docteu
dray (2) a obtenu la guérison du muguet en touchant la muqueuse bucc
l'*acide hydrochlorique pur*. Ce moyen, en détachant la fausse membrane, p
l'enfant de reprendre le sein.

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, in-8, p. 484.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, décembre 1848.

[illegible]mes substances ont été employées sous forme de collutoire ; voici celui [illegible] recommandé par Gœlis (1) :

| | | |
|---|---|---|
| [illegible] rosat......... <br> [illegible] de mûres..... | àà 15 gram. | Borax..................... 0,75 gram. |

[illegible] pinceau, on porte le mélange sur les différentes parties de la bouche.

[illegible] pourrions encore citer le *sulfate de zinc* et d'autres substances analogues ; [illegible]'est pas nécessaire de multiplier ces formules.

[illegible] a été porté en poudre sur la muqueuse buccale. L'emploi de ce médica-[illegible] les angines, et les bons effets qu'on en a obtenus, ont sans doute engagé [illegible]er au traitement du muguet. Nous l'avons vu mettre en usage sans aucun [illegible]our l'appliquer, il suffit d'humecter son doigt, de le plonger dans la poudre [illegible] s'y en attache une couche, et de le promener ensuite sur tous les points [illegible]par le muguet.

[illegible]t Guersant et M. Blache, M. Bretonneau s'est bien trouvé du *calomel* [illegible] sucre en poudre, et mis dans la bouche à la dose de 0,25 gram. seule-[illegible]rois ou quatre fois par jour. Nous ne connaissons pas les faits sur lesquels [illegible]ertion est appuyée.

[illegible]t ajouter, relativement aux collutoires et aux poudres cathérétiques, qu'on [illegible]it s'opposer avec trop de soin à la déglutition des substances employées. [illegible] il faut, immédiatement après l'onction ou la friction, laver la bouche avec [illegible]risme adoucissant.

[illegible] sont les principaux moyens topiques employés contre le muguet des enfants. [illegible]devons toutefois y joindre l'usage de la *sauge*, qui est regardée presque [illegible] un spécifique par quelques auteurs. On l'a unie à plusieurs des substances [illegible]ntes. On l'a employée en lotions, infusée soit dans le vin, soit dans l'eau, [illegible] aussi un gargarisme qu'on peut édulcorer avec le sirop de mûres ou [illegible].

[illegible] mêmes moyens ont, en général, été dirigés contre le *muguet des adultes.* [illegible] administre particulièrement, dans le muguet des phthisiques, le borax uni [illegible]uge et à la myrrhe, dans les proportions suivantes :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Borax.................. | 8 gram. | Teinture de myrrhe............ | 3 gram. |
| Eau de sauge............ | 60 gram. | Miel..................... | 30 gram. |

[illegible] Trousseau emploie, sans inconvénient, le *borax* à parties égales avec le liquide [illegible]i sert de véhicule.

[illegible] réflexion qui s'applique à tous les moyens topiques, c'est qu'ils ont été très [illegible] employés, dans la pensée qu'on n'avait affaire qu'à une affection toute lo-[illegible]qu'à une simple stomatite. Or, d'après tout ce que nous avons dit dans la descrip-[illegible] la maladie, on ne doit pas être surpris que ces médicaments aient si souvent [illegible]é l'attente du médecin. Ils peuvent avoir une action sur l'altération locale, [illegible] a muqueuse buccale malade, mais ils ne détruisent pas la maladie dans les [illegible]s où elle a pris ordinairement naissance. Toutefois il ne faut pas rejeter

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1832.

entièrement ces moyens ; car si en même temps on attaque le mal dans
ils peuvent seconder les effets de remèdes plus efficaces.

3° *Traitement général.* — Nous donnons le nom de *traitement génér*
qui attaque la maladie loin du point où elle se manifeste par ses caractè
saillants, c'est-à-dire par l'exsudation membraniforme. Les auteurs n'
exposé avec les mêmes détails que le précédent, et cependant nous croy
mérite la plus grande attention de la part du praticien. Lorsque les sy
généraux et les troubles intestinaux se sont notablement améliorés, la p
morbide de la bouche n'a presque plus aucun inconvénient, et on la voit
rapidement, ainsi que l'inflammation qui l'accompagne.

Pour calmer les symptômes de l'entérite, on a recours ordinairement
*ments émollients* avec l'eau de guimauve, de graine de lin, de son, et
nous avons vu qu'ils ne suffisent pas. Dans les cas que nous avons observ
l'hospice des Enfants trouvés, nous avons administé les *lavements opiacés*
avons eu lieu de nous en applaudir. Un lavement de décoction de guima
tête de pavot peut être administré matin et soir ; mais s'il n'a pas d'effet
il ne faut pas hésiter à employer le *laudanum.* On craint trop de le
usage dans les maladies des enfants nouveau-nés. On lui a attribué des
cérébraux, sans rechercher si ces accidents ne sont pas tout simplement
nomènes inhérents à la maladie, et l'on s'est hâté de conclure. Dans un
térite simple, mais porté à un degré si grand que l'enfant était à l'agonie,
ments avec addition de laudanum à la dose de 6 gouttes par jour ont
petite malade, sans qu'il en soit résulté autre chose qu'un très léger
Sans doute il ne faut pas, dans tous les cas, porter la dose du laudanum
mais ce fait prouve que l'on a exagéré le danger de ce remède. On prescri

| | |
|---|---|
| ℞ Eau de guimauve..... Q. s. pour 1/4 de lavement. | Laudanum de Sydenham........ |
| | Amidon..................... |

Donnez ce lavement matin et soir.

Si cette dose paraissait insuffisante, si le cas était très grave, on ne d
hésiter à mettre deux gouttes de laudanum dans chaque lavement.

En même temps on applique sur l'abdomen des *cataplasmes laudanis*
maintient nuit et jour. On fait prendre aux petits malades des *bains* da
son, ou des bains simples. On pratique des fomentations émollientes sur l
érythémateuses.

Pour arrêter la diarrhée, on a quelquefois recours à la *décoction blanch*
donne pour tisane l'eau de riz, sucrée avec le sirop de coing ; ou bien l'*eau*
*neuse* suffisamment édulcorée. Nous n'avons pas vu les premiers moyens
Quant au second, nous ne l'avons vu employer que dans un cas douteux.
velles observations sont nécessaires sur ce point.

Rosen a recommandé l'*eau de sauge* en boisson comme un remède très
Il suffit, dit-il, de donner aux enfants quelques cuillerées d'infusion de cette
pour voir survenir une prompte amélioration. S'il en était réellement ain
ne serait plus simple et plus facile que le traitement du muguet ; mais co
croire à de semblables effets d'un médicament pareil, dans une maladie si
lorsque les faits nous manquent complétement ?

mmandé d'avoir recours aux *toniques*, et principalement à la décoc-
*nquina* et à la décoction de *gentiane*, lorsque le mal a fait de grands
que les malades sont dans le collapsus. C'est surtout quand le muguet
le coloration brune ou noirâtre, qu'on a recours à ces moyens, parce
mé que la lésion a, dans ce cas, un caractère gangréneux. Mais d'abord
ère de voir n'est pas fondée; c'est une illusion due à une observation
e. En second lieu, ainsi que le font remarquer Guersant et M. Blache,
arrivée au degré de collapsus, n'est guère susceptible d'être guérie par
les moyens; et enfin ces substances excitent chez des enfants une grande
e.

s les mêmes circonstances qu'on a conseillé les corroborants, comme le
*ras*, le *vin*, etc.; mais on n'a pas cité plus de faits favorablement ter-

s médecins ont conseillé l'emploi des *vomitifs*. Guersant et M. Blache
nt pas cette pratique: et lorsqu'on connaît la nature de la maladie telle
a démontrée l'observation, on n'est guère tenté d'avoir recours à une
médication, en l'absence de faits qui puissent en faire apprécier l'utilité.
*ipécacuanha*, donné par cuillerées à café jusqu'à effet vomitif, est la
n généralement usitée.

ux *purgatifs*, nous ne les avons vu administrer que dans un cas. On fit
*ulfate de magnésie* à la *dose de 4 grammes*. On avait en vue de faire
la diarrhée, comme on l'a fait quelquefois dans la dysenterie des
is l'effet fut tout autre, car le dévoiement, faible jusqu'alors, devint aus-
bondant, et resta tel presque jusqu'à la fin de la maladie. Guersant et
recommandent le *sirop de chicorée* seul, ou associé à l'*huile d'amandes*
bien l'*huile de ricin*. Quant à cette dernière substance, il ne serait pas
dépasser *la dose de 4 ou* 5 *grammes* chez de très jeunes enfants qui
lammation du tube digestif.

présent nous n'avons point parlé de l'emploi des *émissions sanguines*.
Guersant, M. Blache, et plusieurs autres auteurs, pensent qu'elles peu-
itiles lorsqu'il existe une violente inflammation des intestins. Une ou
*ues* à l'anus sont appliquées en pareil cas. Nous nous bornerons à dire,
e ce moyen de traitement, qu'il faut être très réservé dans son emploi
ujets si jeunes et dans une maladie où il y a une si grande tendance au
Dans deux cas, nous avons voulu l'essayer, mais on chercha en vain à
re les sangsues. C'est là un obstacle que le praticien doit connaître, et
réduit à n'exprimer que des conjectures sur ce sujet (1).

cours de la maladie on prescrit des boissons adoucissantes, ayant soin
e prendre à la cuiller et avec précaution. Dès qu'il sera possible de
s enfants au sein, il ne faudra pas différer un seul instant. En attendant,
dra à une *diète sévère*, si les symptômes sont graves et la fièvre nota-
on leur donnera un peu de lait coupé avec leur tisane.

, *ordonnances*. — On a vu que, faute d'avoir bien isolé la maladie et de
liée dans toutes ses circonstances, on a limité le traitement à des moyens

*ue des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 455.

locaux, qu'on a très multipliés ; et de plus on a dû être frappé de l'incert
règne sur l'action de ces moyens. Pour résumer ce qu'il y a de plus po
point, il me suffira de rappeler ce que je disais en 1838 au sujet du traite
me paraissait le plus utile de suivre.

« La médication que le médecin doit employer est la suivante : Si l'en
enlevé à sa nourrice, il faut la lui rendre au plus tôt et cesser de lui do
nourriture féculente, comme on le fait dans les hospices. S'il ne peut pa
le mamelon, on lui donnera des boissons émollientes coupées avec le lait;
se hâtera de le remettre au sein dès que la succion pourra s'opérer. Les l
amidonnés et laudanisés, qui agissent avec tant de succès chez les adulte
être employés dans cette maladie. Nous n'avons pas remarqué qu'ils eu
convénient de narcotiser les malades lorsqu'on se bornait à deux goutte
danum par lavement, et qu'on n'en administrait qu'un par jour (1) ; chez
ce moyen parut avoir un très heureux effet.

» On ne devra jamais arracher avec violence la couche pseudo-mem
qui revêt la muqueuse buccale. Les gargarismes ne devront servir qu'à
fréquemment la bouche ; et l'on n'enlèvera la pseudo-membrane que l
aura perdu son adhérence. L'emploi des émissions sanguines, de l'alun,
rure de chaux, a besoin d'être soumis à de nouvelles expériences ; le p
ces moyens mérite surtout de fixer l'attention du praticien. »

Enfin les diverses lésions qu'on peut atteindre seront traitées locale
enduira les fesses, les cuisses et les jambes avec du cérat, pour empêcher
de l'urine et des matières fécales. On pansera les ulcérations des jambe
cérat simple. On touchera celles du frein de la langue et du voile du p
le mélange suivant :

℞ Acide hydrochlorique...... 1 partie. | Miel...................... 5 p

Mêlez.

Suivant M. Coudray (2), rien n'est plus efficace contre le muguet que
risation à l'aide d'un pinceau chargé d'*acide hydrochlorique pur*.

Quant à l'emploi des *vésicatoires*, conseillé par Gardien, rien ne p
efficacité, et l'on doit s'en abstenir dans une maladie fébrile chez d'au
sujets.

Il est très facile de former des ordonnances après les détails dans lesq
venons d'entrer : nous allons en présenter quelques-unes applicables a
paux cas.

### Ire Ordonnance.

DANS UN CAS OU LE MUGUET PARAIT TOUT A FAIT LOCAL.

1° Pour tisane, décoction d'orge coupée avec du lait.

2° Laver fréquemment la bouche avec une décoction de guimauve et
sante quantité de sirop de mûres.

(1) Nous avons depuis acquis la conviction qu'on peut élever cette dose sans d
p. 444).

(2) *Bulletin de thérapeutique*, décembre 1845.

3° Enduire les fesses et les cuisses avec du cérat, pour prévenir la formation de l'érythème, qui se montre alors même qu'on ne trouve pas encore de symptômes marqués du côté du tube digestif.

4° Matin et soir, un quart de lavement d'eau de guimauve et de tête de pavot.

5° Si l'on a été forcé d'enlever l'enfant à sa nourrice, le lui rendre aussitôt qu'il pourra reprendre le mamelon.

Nous n'avons pas besoin de répéter que les cas de ce genre sont aussi fort rares, que nous n'en connaissons pas d'observations détaillées.

### II° Ordonnance.

DANS UN CAS OU LES SYMPTÔMES D'ENTÉRITE SONT MARQUÉS.

1° Pour tisane, eau de riz gommée.

Ou bien :

℞ Eau commune tiède...... 500 gram. | Blanc d'œuf.............. n° 1 ou 2.

Mêlez; ajoutez :

Sirop de guimauve........................ 40 gram.

2° Faire fréquemment des lotions dans la bouche avec une forte décoction d'eau de guimauve et de tête de pavot.

3° Enduire de cérat les fesses et les cuisses, *ut suprà*.

4° Traiter les ulcérations (voy. p. 446).

5° Matin et soir, un quart de lavement de graine de lin avec addition de

Laudanum de Sydenham.... 1 goutte. | Amidon.................. 2 gram.

Doubler la dose du laudanum, si le cas l'exige.

6° Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

7° Bains dans l'eau de son; les supprimer s'ils occasionnent trop d'agitation.

8° Diète absolue, qu'on cessera aussitôt que les principaux symptômes se seront amendés.

### III° Ordonnance.

DANS LA PÉRIODE DE COLLAPSUS.

1° Pour tisane, infusion de gentiane édulcorée avec le sirop d'oranges.

2° Employer un gargarisme astringent (voy. p. 442), ou les poudres stimulantes (voy. p. 443).

3° Un peu de bouillon gras coupé.

4° Fomentations sur le ventre, avec l'infusion de sauge.

Nous ne savons rien de positif sur l'emploi de ces derniers moyens, que nous indiquons seulement comme recommandés par les auteurs.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement prophylactique.* — Exercice, renouveler l'air, propreté, nourriture lactée.

confluents, avec une *irritation* marquée des autres parties des voies digesti[ves,] principalement de l'estomac. En pareil cas, l'affection vésiculaire de la b[ouche] est-elle sous l'influence de l'irritation gastro-intestinale? C'est ce que l'on [pense] généralement. Mais en l'absence de faits bien précis, on peut croire égalem[ent que] les lésions qui siégent dans les diverses parties du tube digestif se sont dév[eloppées] sous une influence générale qui ne nous est pas suffisamment connue.

[Il n'est pas plus logique d'accuser les troubles intestinaux de produire les [aph]thes, que d'accuser les aphthes d'amener des maladies des intestins. On ne [saurait] séparer l'une de l'autre les différentes parties de l'appareil digestif, sans fai[re] abstraction et sans méconnaître les principes les plus élémentaires de la phy[siologie] pathologique. Le tube digestif est un, et lorsque la langue est chargée, sale, [cou]verte d'un enduit saburral, ainsi que les gencives, alors qu'il existe un em[barras] gastrique, il ne faut voir dans l'état de la langue et dans l'embarras de l'e[stomac] qu'une seule maladie des voies digestives. Il en est de même des aphthes q[ui, le] plus souvent, se montrent sous l'influence d'une perturbation qui se fait sent[ir à la] fois sur plusieurs parties de l'appareil digestif.]

## § III. — Symptômes.

Il est important, relativement aux *symptômes*, de distinguer, comme l'[a fait] Guersant, des *aphthes discrets* et des *aphthes confluents*.

*Aphthes discrets.* — Dans cette espèce, les symptômes sont bornés à la b[ouche] et à l'estomac; il est très rare du moins qu'il en soit autrement. Soit que le [malade] ait ressenti depuis quelque temps un trouble léger des fonctions digestives, c[omme] inappétence légère, goût acide à la bouche, sentiment de gêne vers l'épigastre; [soit] qu'il n'ait point éprouvé ces symptômes, ou qu'il ne les ait pas remarqués, on [voit] apparaître sur la face interne de la lèvre inférieure, sur les bords de la langue, [sur] la face interne des joues, et, ainsi que l'a remarqué Billard, sur le sommet [des] gencives chez les enfants qui n'ont pas encore de dents, une petite élévation r[ouge,] au milieu de laquelle se montre bientôt un petit point blanc, présentant quel[que]fois une *tache foncée à son centre.*

[Les aphthes peuvent se montrer sur tous les points de la membrane muq[ueuse] des premières voies, et ce n'est pas seulement dans la bouche, mais c'est aussi d[ans le] pharynx qu'on les observe; les aphthes n'appartiennent donc pas plus à la sto[matite] qu'à l'angine, ou à l'embarras gastrique. Ils sont quelquefois limités à la bouc[he et] constituent une maladie légère bien localisée, mais souvent ils ne sont que l'un [des] signes d'un état général, quelquefois d'une pyrexie.]

Il est rare que cette inflammation particulière s'arrête à ce degré, cepen[dant] on en a vu des exemples; mais ordinairement on observe les progrès suivants, [qui] ont été bien décrits par Billard : les points vésiculeux s'élargissent, en conser[vant] leur forme primitive; on ne tarde pas à voir sortir de leur pertuis central une [ma]tière *blanchâtre*, qui se trouve d'abord comme comprimée et voilée par l'épi[thé]lium, dont la déchirure ou l'ulcération, survenant bientôt, laisse exsuder la ma[tière] renfermée dans la vésicule. Cette matière, d'abord limpide, devient ensuite bla[nche] et puriforme.

Parvenue à ce degré, la lésion se présente sous la forme d'un *ulcère* arrondi,

écessairement au *jeune âge* une grande influence comme cause prédis-
ır la gangrène de la bouche, le muguet et la stomatite couenneuse affectent
ıce les enfants; mais il ne peut plus en être de même si, comme on doit
renferme la maladie dans les limites qui lui ont été assignées plus haut :
une affection de *tous les âges*, qui n'a pas été étudiée avec assez de soin
ı puisse dire si elle est notablement plus fréquente à une certaine époque
)n doit reconnaître dès lors, avec Guersant, qu'il est parfaitement inutile
ıer, ainsi que l'ont encore fait Willan et Bateman, les aphthes des nou-
le ceux des adultes. Quant au *sexe*, aux diverses *constitutions*, etc., rien
de positif à cet égard, et nous n'aurions aucun intérêt à entrer dans de
ls détails sur ces causes prédisposantes.

is, en établissant, avec Guersant, une distinction entre les aphthes
et les aphthes discrets, il faut ajouter que les premiers se montrent
ment dans *certains pays :* c'est en Hollande surtout qu'on les voit sévir
ıvent, et même on y a observé de petites épidémies de cette affection.
:eur Schonenberg (1), sous le nom d'*aphthes indiens*, décrit cette espèce
graves, qui paraît commune à Haïti et à Porto-Rico. En France, il est
l'en trouver des exemples, même isolés. Cependant on voit quelquefois
sujets présentant, dans une même localité, cette affection à un degré
ble. M. Louis nous a dit avoir fait récemment cette observation sur deux
ıs vigoureux, habitant la même maison. Doit-on admettre, dans des cas
s, une espèce d'influence épidémique? Il le faudrait, si les cas se mul-

t intéressant de rechercher si la différence que nous venons de signaler
ıfluence du climat, de la nourriture ou de toute autre condition hygié-
que l'on n'a pas fait encore d'une manière satisfaisante.

### 2° Causes occasionnelles.

t ranger parmi les causes occasionnelles des aphthes les *substances irri-*
·tées sur la membrane muqueuse buccale, et principalement les *substances*
*res :* les salaisons, les aliments âcres, etc. C'est une opinion généralement
: les aphthes atteignent principalement ceux qui font abus de ces sub-
Cependant la chose n'est pas parfaitement démontrée, et l'on doit admet-
oins, l'existence d'une prédisposition particulière.

aît néanmoins certain que les aphthes se montrent sous l'influence de
ıabituelle et trop répétée de la fumée ou du jus de tabac. L'influence de
stance âcre se traduit de diverses façons. Il n'est pas douteux que l'exci-
'elle produit sur les glandes salivaires n'augmente le volume de ces organes
celui de toutes les glandules buccales. M. Bouisson, dans un travail inté-
résenté récemment à l'Académie de médecine, accuse le tabac de donner
maladie connue sous les noms de cancer ou cancroïde de la lèvre, et les
qu'il rapporte sont bien faits pour entraîner la conviction. Pour ce qui
›hthes, on les observe fréquemment chez les jeunes fumeurs.]

emarqué que les aphthes se lient très fréquemment, surtout lorsqu'ils sont

lerlandsh *Lancet*, 1844.

confluents, avec une *irritation* marquée des autres parties des voies digestives, et principalement de l'estomac. En pareil cas, l'affection vésiculaire de la bouche est-elle sous l'influence de l'irritation gastro-intestinale? C'est ce que l'on admet généralement. Mais en l'absence de faits bien précis, on peut croire également que les lésions qui siégent dans les diverses parties du tube digestif se sont développées sous une influence générale qui ne nous est pas suffisamment connue.

[Il n'est pas plus logique d'accuser les troubles intestinaux de produire les aphthes, que d'accuser les aphthes d'amener des maladies des intestins. On ne saurait séparer l'une de l'autre les différentes parties de l'appareil digestif, sans faire une abstraction et sans méconnaître les principes les plus élémentaires de la physiologie pathologique. Le tube digestif est un, et lorsque la langue est chargée, sale, couverte d'un enduit saburral, ainsi que les gencives, alors qu'il existe un embarras gastrique, il ne faut voir dans l'état de la langue et dans l'embarras de l'estomac qu'une seule maladie des voies digestives. Il en est de même des aphthes qui, le plus souvent, se montrent sous l'influence d'une perturbation qui se fait sentir à la fois sur plusieurs parties de l'appareil digestif.]

### § III. — Symptômes.

Il est important, relativement aux *symptômes*, de distinguer, comme l'a fait Guersant, des *aphthes discrets* et des *aphthes confluents*.

*Aphthes discrets.* — Dans cette espèce, les symptômes sont bornés à la bouche et à l'estomac; il est très rare du moins qu'il en soit autrement. Soit que le sujet ait ressenti depuis quelque temps un trouble léger des fonctions digestives, comme inappétence légère, goût acide à la bouche, sentiment de gêne vers l'épigastre; soit qu'il n'ait point éprouvé ces symptômes, ou qu'il ne les ait pas remarqués, on voit apparaître sur la face interne de la lèvre inférieure, sur les bords de la langue, sur la face interne des joues, et, ainsi que l'a remarqué Billard, sur le sommet des gencives chez les enfants qui n'ont pas encore de dents, une petite élévation rouge, au milieu de laquelle se montre bientôt un petit point blanc, présentant quelquefois une *tache foncée à son centre.*

[Les aphthes peuvent se montrer sur tous les points de la membrane muqueuse des premières voies, et ce n'est pas seulement dans la bouche, mais c'est aussi dans le pharynx qu'on les observe; les aphthes n'appartiennent donc pas plus à la stomatite qu'à l'angine, ou à l'embarras gastrique. Ils sont quelquefois limités à la bouche et constituent une maladie légère bien localisée, mais souvent ils ne sont que l'un des signes d'un état général, quelquefois d'une pyrexie.]

Il est rare que cette inflammation particulière s'arrête à ce degré, cependant on en a vu des exemples; mais ordinairement on observe les progrès suivants, qui ont été bien décrits par Billard : les points vésiculeux s'élargissent, en conservant leur forme primitive; on ne tarde pas à voir sortir de leur pertuis central une *matière blanchâtre*, qui se trouve d'abord comme comprimée et voilée par l'épithélium, dont la déchirure ou l'ulcération, survenant bientôt, laisse exsuder la matière renfermée dans la vésicule. Cette matière, d'abord limpide, devient ensuite blanche et puriforme.

Parvenue à ce degré, la lésion se présente sous la forme d'un *ulcère* arrondi,

fluent ou discret. Dans le second, l'affection se termine toujours d'une favorable, et si la mort a lieu, elle est due aux progrès d'une maladie re, dans le cours de laquelle les aphthes se sont produits. En est-il autre-ur les aphthes confluents? C'est ce qu'il est impossible de décider d'une positive ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que l'affection, pouvant gagner e-gorge, présente une gravité beaucoup plus grande, ainsi qu'on a pu en par la description des symptômes.

### § V. — Lésions anatomiques.

avons très peu de chose à dire sur les lésions anatomiques, qui se sont presque entièrement décrites dans l'exposé des symptômes. Des pustules sidérables, entourées d'un liséré rouge, et plus souvent de petits ulcères intéressant la superficie de la muqueuse, à fond grisâtre, avec un léger ent environnant : telles sont les altérations qu'on trouve dans la bouche. dit avoir vu quelquefois ces aphthes couverts d'une pellicule pseudo-mem-. Dans les cas d'aphthes confluents, on trouve des pustules, des ulcérations euses, rapprochées, dans la bouche et le pharynx, et un gonflement plus érable des tissus affectés. Quelques autres lésions, dues à l'inflammation de tie inférieure du canal intestinal, paraissent liées à l'éruption aphtheuse. aux altérations des autres organes, elles ont ordinairement précédé celle-ci, pu se développer sous leur influence.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

diagnostic des aphthes discrets ne présente point de difficultés sérieuses. stules sont isolées et ne sont suivies que d'ulcérations bornées. On ne peut nfondre avec aucune des stomatites précédemment décrites ou de celles qui suivre. Il n'en est pas tout à fait de même des aphthes confluents. Pour les guer de la *stomatite couenneuse*, qui s'accompagne souvent d'ulcérations ficielles, il faut suivre la marche des deux maladies. Nous avons vu, en effet, cette stomatite débute, non par des pustules, mais par de petites plaques ches qui s'étendent ensuite. En outre, c'est par les gencives qu'elle commence, que les aphthes affectent principalement la face postérieure de la lèvre infé-re et la langue. Enfin les ulcérations y sont recouvertes de la pseudo-membrane téristique, ce qui n'a lieu, pour les aphthes, que dans des cas exceptionnels. n ne confondra pas les aphthes, même confluents, avec le *muguet*, quand on ppellera que celui-ci commence par des points blancs non pustuleux, formant leur rapprochement une exsudation crémeuse, et ne présentant d'ulcérations dans quelques points isolés. Ces dernières ulcérations n'ont pas, d'ailleurs, les tères des ulcérations aphtheuses ; car, ainsi qu'on l'a vu dans la description muguet, elles résultent du ramollissement inflammatoire de la muqueuse, dans grande partie de son épaisseur.

Enfin, la *stomatite ulcéreuse simple*, qui sera décrite plus loin, diffère des aphthes ce qu'elle n'est constituée que par des ulcères isolés et très peu nombreux, mençant par une rougeur diffuse, s'étendant rapidement à partir du moment leur formation, et intéressant bientôt une épaisseur considérable des tissus.

## TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

### 1° *Signes distinctifs des aphthes confluents et de la stomatite couen*

| APHTHES CONFLUENTS. | STOMATITE COUENNEUSE |
|---|---|
| Débutent par des *pustules* sur la face postérieure des lèvres et de la langue. | Débute par des *plaques* pseu neuses sur les gencives. |
| Ulcérations arrondies, *visibles*. | Ulcérations *couvertes* par la p brane. |
| Pas de *pseudo-membrane*, si ce n'est dans quelques cas exceptionnels (Billard). | *Pseudo-membrane* couenneuse tique. |

### 2° *Signes distinctifs des aphthes confluents et du muguet.*

| AHPTHES CONFLUENTS. | MUGUET. |
|---|---|
| Commencent par des *pustules*. | Commence par des *points caséeu* |
| *Pas d'exsudation* crémeuse. | Forme une *couche d'exsudation* |
| Ulcérations *nombreuses*, *peu profondes*. | Ulcérations *en petit nombre*, pr sultant du ramollissement inflam tissus. |

### 3° *Signes distinctifs des aphthes et de la stomatite ulcéreuse propren*

| APHTHES. | STOMATITE ULCÉREUSE. |
|---|---|
| Commencent par des *pustules*. | Commence par une *rougeur di* |
| Ulcérations limitées, *superficielles*. | *Intéresse* rapidement une grand des parties molles. |

*Pronostic.* — Après ce qui a été dit de la terminaison de la maladie, regarder les aphthes comme une affection grave que dans des cas exce Lorsqu'ils gagnent le pharynx et les parties voisines, ils acquièrent un ce de gravité.

### § VII. — Traitement.

Nous avons eu occasion de faire remarquer plusieurs fois dans c ainsi que dans les précédents, que ce qui nous a été laissé par les a siècles derniers et le commencement du siècle présent sur le traitement de s'applique à un grand nombre de maladies diverses. Il est donc impossil faire des emprunts multipliés, qui ne serviraient qu'à jeter de la confi l'exposé qui va suivre. Voici quelle est la manière dont on traite aujou aphthes :

1° *Traitement topique.* — *Lorsque les aphthes sont discrets*, on se b nairement à prescrire des *gargarismes adoucissants* ou légèrement *aci* réussissent presque toujours à triompher de cette légère affection. Ces g sont faits avec la décoction de guimauve, d'orge miellée, de figues grasse peut les couper avec du lait. Quand la douleur est considérable, on y fait 15 ou 20 centigrammes d'*extrait gommeux d'opium*, ou l'on y ajoute taine de gouttes de *laudanum*.

…que *les aphthes sont confluents*, on peut, ainsi que le conseille Guersant, …r sur les ulcérations, à l'aide d'un pinceau de charpie, le *mucilage de …de coing* pur ou avec addition de quelques gouttes de laudanum; mais le …uvent on est obligé, en pareil cas, d'avoir recours à une médication topique …tive.

…e médication, nous ne croyons pas devoir la présenter ici, attendu qu'elle ne … en aucune manière de celle qu'on a mise en usage contre la stomatite couen… ainsi les *astringents*, la *cautérisation* par les acides, et particulièrement par … *hydrochlorique pur* ou *joint au miel* (voy. p. 442 et 446), sont employés …ent de la même manière. Ce serait tomber dans des redites inutiles que …r ici dans des détails sur ce sujet.

…s dirons seulement que la médication topique active a une très grande …ce sur la cicatrisation des ulcérations légères qui succèdent aux pustules …es discrets. Il suffit presque toujours, en effet, de les toucher légèrement …acide hydrochlorique mêlé au miel dans la proportion d'*une partie sur deux …l*, ou avec une *solution de nitrate d'argent*, pour voir disparaître bientôt la …, et la muqueuse reprendre son état primitif.

*…édication générale.*—Dans les cas d'aphthes discrets, on n'a besoin d'avoir …s à aucun moyen général, si l'affection est bornée à la bouche. Il suffit de …ir à un *régime doux et léger*, observant de s'abstenir des substances ali…res irritantes qui ont pu déterminer l'apparition des pustules. Lorsqu'il existe …mptômes d'embarras gastrique, on prescrit, soit un simple *laxatif*, soit …o-cathartique suivant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tartre stibié.......... | 0,05 gram. | Sulfate de soude.......... | 15 gram. |

…ndre en une fois, dans un verre d'eau.

…s les cas d'aphthes confluents, le médecin se détermine d'après les sym…s les plus prononcés. On prescrit des *boissons acidulées* avec l'acide tar…e ou citrique, ou bien l'eau de veau, la décoction de pulpe de tamarin, le …-lait, etc.

… l'inflammation de la bouche est considérable, si les douleurs sont vives, et si …rynx est envahi dans toute son étendue, ce n'est pas une raison, suivant …t, d'employer les *saignées générales* ou *locales;* il faut pour cela qu'il y … haut degré de fièvre, et que la déglutition soit notablement gênée. Ce n'est … toutefois une opinion qui résulte d'une analyse de faits bien concluants.

…tre les symptômes intestinaux, et surtout contre la diarrhée, on a eu recours …lication de *sangsues sur l'abdomen*, et de plus aux divers *moyens propres à …er le dévoiement*, tels que l'eau de riz, les *lavements laudanisés* la *décoction …e*, etc. Suivant Guersant, les bains généraux sont spécialement utiles, non-…ent lorsque la fièvre est peu intense, mais encore lorsque les symptômes …inaux présentent un certain degré de gravité.

…n on a recommandé, dans les cas où il survient des signes d'un état typhoïde, …iques, tels que la décoction de *quinquina*, la même substance en *lavements*, … addition d'une certaine quantité de *camphre*, en ayant soin d'insister sur les …ons acidulées.

Il est facile de voir qu'il n'y a rien de bien positif dans nos connaissances sur le traitement de cette affection; c'est pourquoi nous n'avons pas cru devoir entrer dans de plus grands détails. Les praticiens peuvent d'ailleurs facilement y suppléer dans les cas graves, qui se présentent si rarement en France.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement topique.* — Gargarismes émollients, légèrement acidulés ou opiacés; cautérisation avec les acides et le nitrate d'argent; astringents.

2° *Médication générale.* — Boissons adoucissantes, acidules; purgatifs, éméto-cathartiques, saignées générales ou locales, bains généraux, opiacés, toniques.

## ARTICLE IV.

### STOMATITE SIMPLE OU ÉRYTHÉMATEUSE.

Cette affection n'est point très commune, car on ne peut regarder comme de véritables stomatites ces inflammations très superficielles et très bornées de la paroi buccale, qui n'exigent aucun traitement, et qui se dissipent en très peu de temps. Il en résulte que la maladie n'a point été étudiée avec beaucoup de soin, qu'on ne trouve à ce sujet que des renseignements très vagues, et que plusieurs auteurs l'ont même entièrement passée sous silence. P. Frank, par exemple, ne s'occupe que de la *glossite*, et passe immédiatement après aux maladies du pharynx. Nous n'aurons donc, dans cet article, qu'à exposer rapidement les causes et les symptômes qui appartiennent plus particulièrement à la stomatite, et les principaux remèdes qu'on lui a opposés.

Les *causes* connues de cette affection sont : l'introduction dans la bouche de *boissons trop chaudes* ou de *substances âcres* ou *caustiques; l'accumulation du tartre* sur les dents ; le travail de la *dentition ;* en un mot, tout ce qui irrite fortement la membrane buccale. Mais il faut ajouter que parfois on ne découvre aucune cause semblable, et que c'est précisément en pareil cas que la stomatite a ordinairement le plus d'intensité.

Nous avons dit plus haut qu'il arrivait assez souvent que, dans un petit point de l'étendue de la bouche, il se manifestait une inflammation légère. Ainsi, au palais, sur la face interne des joues, sur une partie très limitée de la langue, on voit apparaître un peu de gonflement, avec une douleur qui augmente lorsqu'on presse sur la partie affectée, et plus encore lorsque les substances irritantes sont introduites dans la bouche. Cette affection très légère, qui se manifeste principalement chez les fumeurs, chez les personnes qui sont habituées à une nourriture excitante, qui mangent des salaisons, se dissipe spontanément au bout d'un ou de plusieurs jours et par le fait seul de la cessation des causes qui l'ont produite.

*Symptômes.* — Il n'en est pas de même de la stomatite qui occupe une grande étendue, et qui envahit surtout les gencives, la partie de la face interne des joues et du palais qui les avoisine. Le premier symptôme de cette affection est la *douleur*, bientôt suivie de *gonflement* et de *rougeur*. Plus tard, la membrane muqueuse, *boursouflée*, *molle*, se recouvre d'une *couche de mucosités* épaisses et blanches, qui a

de tendance à se reproduire. Dans cet état, la bouche a une très grande ..., et l'on est obligé de donner les boissons à une température peu élevée, ...leur suffit pour augmenter la douleur. Il y a en même temps *afflux de* ... dans la bouche, et comme les malades sont très tourmentés par un *goût* ...*ble*, qui les poursuit continuellement, ils n'avalent point cette salive, mais ...nt fréquemment sous la forme d'un liquide filant et épais. Nous retrou...es symptômes avec plus d'intensité dans la *stomatite* ou *salivation mer*...

...s symptômes constants de la stomatite portée à ce degré, est la *fétidité* ...*ine*, qui est quelquefois telle, qu'on peut à peine s'approcher du malade. ...rare que cette affection ne donne pas lieu à un *mouvement fébrile* marqué : ...t nous avons vu un cas où, bien que l'inflammation n'occupât que les gen... une très petite étendue des parties adjacentes, il y eut pendant trente-six environ un mouvement fébrile évident, quoique peu intense.

...affection a reçu différents noms, suivant le point de la bouche auquel elle ...ée. Lorsqu'elle existe au palais, on la nomme *palatite;* sur les gencives, ...d le nom de *gingivite*, et quand elle affecte la langue, on lui donne le *glossite*. Cette dernière affection, présentant des particularités très im...s, doit avoir une description à part. Il n'en est pas de même de la palatite et ...givite, qui n'ont guère de particulier que le lieu qu'elles occupent. Toute...ois dire, relativement à la gingivite, qu'une accumulation trop considé... tartre, la carie des dents ou les aspérités qu'elles présentent, sont des causes ...ent la produire.

...*rche* de la maladie n'offre rien de particulier. Quant à sa *durée*, elle est ...ment de sept ou huit jours, à moins que des causes spéciales, comme, par ...e, la présence d'une grande quantité de tartre sur les dents, ne tendent à ...nir. Sa *terminaison* est toujours favorable. Dans quelques cas, on voit ...ium se détacher des points enflammés, se rouler et s'enlever par plaques. ... qu'on observe ordinairement lorsque la maladie a été causée par des bois...rûlantes ou les caustiques.

...mollissement, le gonflement de la muqueuse et des tissus sous-jacents ; la ...tion de mucosités concrètes; quelquefois de petites duretés saillantes et sem... à des papules : telles sont les seules lésions que l'on observe dans cette affec... grave.

...*iagnostic* présente si peu de difficulté, qu'il est inutile d'y insister longue... Les parties étant accessibles à la vue, il est très aisé de juger s'il s'agit d'une ...e simple, ou d'une stomatite ulcéreuse, gangréneuse, etc. La seule affec...vec laquelle on pourrait confondre l'inflammation simple de la bouche, est la ...*ite* ou *salivation mercurielle*. Mais il faut observer que cette dernière affec...'est en réalité qu'une stomatite ordinaire dont la cause seule a quelque chose ...rticulier. Toutefois, comme son intensité est bien plus grande, et qu'elle de... des soins spéciaux, nous avons cru devoir en faire une description séparée ... le sujet de l'article suivant. Cette explication suffit pour faire comprendre ...re dont nous avons cru devoir envisager ces deux espèces de stomatites.

... *traitement* de cette maladie est très simple. Lorsqu'elle est bornée à une petite étendue, quelques *boissons émollientes :* l'eau d'orge, l'eau de gui-

mauve, coupées ou non avec du lait; la décoction de dattes, de figues grasses, de jujubes; un gargarisme avec les mêmes substances, suffisent pour procurer une guérison prompte.

Dans les cas où la maladie a une plus grande étendue et une plus grande intensité, il faut avoir recours à des moyens un peu plus actifs. Bien rarement on est obligé de prescrire une application de *sangsues*. C'est à la base de la mâchoire qu'on les pose en pareil cas. Quelques médecins les placent sur les gencives mêmes; mais souvent cette application est difficile; les piqûres sont douloureuses, la présence des sangsues est très désagréable, et comme rien ne prouve que cette pratique soit réellement très utile, on ne voit pas l'avantage qu'il y a à l'imiter.

Les *gargarismes*, toujours composés des substances déjà indiquées, seront rendus plus calmants par l'addition d'une petite quantité d'*opium*. Dans les cas où la douleur serait très vive, des *fumigations émollientes* et *narcotiques* vers la cavité buccale rendent aussi le traitement beaucoup plus efficace et plus prompt.

Un des points importants dans le traitement de cette maladie, c'est de rechercher la cause qui l'a produite. Si, en effet, elle est due à l'irritation de la muqueuse buccale par des substances âcres, comme la fumée du tabac, les vieux fromages, les salaisons, etc., il suffit de suspendre l'usage de ces substances pour arrêter la maladie et l'empêcher de devenir plus intense. Si elle a été causée par des boissons brûlantes, les *gargarismes froids* auront un grand avantage. Enfin, si l'accumulation du tartre sur les dents a déterminé une inflammation des gencives, qui s'est ensuite étendue plus ou moins loin, il faut avoir soin de commencer le traitement par faire *nettoyer parfaitement les dents*, et bientôt on voit les symptômes se dissiper.

Nous ne croyons pas devoir entrer dans de plus grands détails sur un traitement si simple et d'une application si facile.

## ARTICLE IV.

### STOMATITE MERCURIELLE (*salivation mercurielle*).

Dès l'époque où l'on a commencé à employer les diverses préparations de mercure contre la syphilis, on a pu étudier la salivation mercurielle qui en est la suite. On l'a pu d'autant plus, que pendant longtemps on a regardé la production de la salivation, non comme un accident, mais au contraire comme un effet favorable au traitement de la maladie. D'après cette manière de voir, on s'efforçait de produire cette salivation, qui plus tard devait être rangée parmi les conséquences fâcheuses de l'emploi du mercure. Déjà Nicolas Massa avait entrevu le peu d'utilité de la salivation, lorsque de la Peyronie, Chicoyneau, et bientôt la majorité des médecins en reconnurent le danger. Aujourd'hui il est peu de praticiens qui, loin de chercher à la produire, ne s'efforcent de la prévenir, et ne la combattent avec vigueur, lorsque, malgré toutes les précautions, elle s'est manifestée. A peine, dans quelques cas très rares, a-t-on pu penser que la salivation avait eu un bon résultat. Ainsi Cullerier (1), qui d'ailleurs regarde la salivation comme un accident qu'il

(1) Voy. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V, p. 38.

...néral chercher à éviter, a cru, dans un cas, avoir arrêté par son moyen ...ère rongeant de la verge; mais ce fait isolé n'est pas concluant. Il importe ...étudier avec soin les circonstances dans lesquelles elle se produit, ses sym-...et les moyens de la faire disparaître.

...s ne traitons dans cet article que de la stomatite ou salivation mercurielle, ...pas que nous ne reconnaissions, avec tous les auteurs, l'existence d'autres ...s. Certainement on voit dans les diverses autres stomatites. dans les affec-...pharynx et dans d'autres maladies, se produire une salivation plus ou ...bondante; mais ce n'est là qu'un symptôme particulier qui ne peut pas ...r une affection distincte. Quant à la *salivation spontanée*, ce n'est que ...nt qu'elle a pu prendre place dans le cadre nosologique. M. Tanquerel ...ches (1), réunissant vingt-neuf observations, en a tracé une histoire assez ...nte. Jusque-là on ne pouvait s'empêcher d'avoir des doutes sur son exis-...ar les faits cités étaient peu concluants. Qu'on lise, par exemple, l'obser-...de Chr.-F. Joerdens (2), que J. Frank a donnée comme un exemple de ...e spontané, et l'on verra s'il s'agit d'autre chose que d'une stomatite cré-...u pseudo-membraneuse. Quant aux *salivations provoquées par l'émétique* ...substances âcres, on peut facilement se convaincre qu'elles ont commencé ...inflammation de la bouche qui s'est propagée aux conduits salivaires. ...th (3) a vu une salivation produite par l'usage externe de l'émétique (fric-...r l'épigastre avec la *pommade d'Autenrieth*), et le docteur Jackson a ...un cas tout à fait semblable. Si des faits de ce genre se multipliaient, il ...t rechercher s'il y aurait lieu de rapprocher cet accident de la salivation ...e par le mercure, ou s'il faudrait en faire une maladie distincte; mais ce ...t là que des cas exceptionnels, dont on ne peut donner aucune description ...le.

...s croyons donc que, jusqu'à nouvel ordre, il est inutile de faire de la sali-... un ordre particulier d'affections, divisé en espèces différentes suivant la ...présumée qui l'a produite. La science n'a rien à gagner, par exemple, à la ...n proposée par J. Frank (4). Cet auteur admet les espèces suivantes : *Ptya-... in febribus intermittentibus, continuis; P. in morbis cutis, nervorum et ...m; P. in morbis laryngis, pulmonum, oris, tubique intestinalis; P. in ... pancreatis, hepatis et lienis; P. in scorbuto et arthritide; P. in morbis ... urinarium, partiumque genitalium; P. mercurialis.*

...s avons cité cette énumération pour montrer dans quelles affections on a ...é la salivation, et en même temps pour faire voir combien ce serait s'écarter ...voie que nous nous sommes tracée, que de décrire comme des maladies ces ...s symptômes d'affections plus ou moins graves. Nous réserverons seulement ...urt article à la *salivation essentielle* ou *sialorrhée*, qui trouvera sa place ...in.

(1) *Recherches cliniques sur la sialorrhée ou flux salivaire* (*Journ. de méd.*, juin et ... 1844).
(2) *Acta nat. cur.*, vol. VII, p. 384.
(3) *American Journ. of med. sc.*, mai 1828.
(4) *Prax. med.*, part. III, sect. I, vol. I.

Après cette explication, nous pouvons aborder l'histoire de la stom curielle.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *stomatite mercurielle* est une maladie caractérisée par une forte in la membrane buccale, avec sécrétion muqueuse et salivaire plus ou m dante, et des lésions souvent graves des tissus affectés : accidents produi dose de mercure très variable. On a donné à cette affection les noms de *mercurielle*, *ptyalisme mercuriel*, *aphthes mercuriels* (Sauvages); mais par la description des symptômes, qu'elle est constituée par une véritab mation, et que le nom de *stomatite mercurielle* est en réalité celui qui l le mieux.

Il n'y a pas lieu de s'occuper d'une manière particulière de sa *fréquen* en effet, par le mercure, elle doit être plus ou moins fréquente, suivant plus ou moins abus de ce métal.

### § II. — Causes.

On pourrait regarder la question des causes comme oiseuse, puisq bien connue du mercure sur les parois buccales et sur les glandes saliva toute évidence, la cause déterminante de la maladie. Mais les sujets sont moins exposés à cette action, suivant leur âge, leur tempérament, les s d'un autre côté, certaines préparations mercurielles agissent-elles plus ment et avec plus de force que les autres ? Voilà des questions qui intére haut degré le praticien.

#### 1° Causes prédisposantes.

Nous avons sur ces causes quelques données, mais elles sont très gé manquent de cette précision qu'il serait si important d'introduire dans des maladies. Ainsi, relativement à l'*âge*, il est admis que les enfants so lement atteints de la salivation mercurielle que les adultes, et nous verro qu'on regarde cet accident comme très dangereux dans la première enfa au *sexe*, quoique l'on affirme que les femmes, dans le cours d'un traite curiel, présentent plus souvent le ptyalisme que les hommes, les recherch pas suffisantes à cet égard.

La *constitution* et le *tempérament* ont-ils quelque influence sur la pro la salivation mercurielle ? C'est ce que pensent les auteurs qui ont cru l servée plus souvent chez les individus faibles, lymphatiques et dont le sy dulaire est très développé. Mais, encore ici, même absence de faits bien c Enfin, relativement aux *saisons*, on a dit que le ptyalisme mercuriel se plus rapidement et plus fréquemment dans la saison froide, alors que la cutanée était moins abondante. Tels sont les renseignements que nous av n'avons pas besoin de faire remarquer combien ils sont vagues.

#### 2° Causes occasionnelles.

Parmi les préparations mercurielles qui produisent le plus facilement l

...t placer en première ligne, suivant tous les auteurs, le mercure en na-...si les *pilules de Sédillot*, les *frictions avec l'onguent mercuriel*, la font ...ec beaucoup de promptitude. Le *calomel*, l'*acétate de mercure*, donnent ...à ce fâcheux résultat avec une grande facilité; quant aux autres sub-...le *proto-iodure*, les *oxydes de mercure*, etc., nous n'avons pas de don-...antes à cet égard; mais ce que l'on sait bien, c'est que le *sublimé corrosif* ...tes les préparations mercurielles, celle qui détermine le plus rarement le ...; la raison en est sans doute dans les faibles doses qu'on en donne, et dans ...orrosive qu'elle exerce sur les tissus.

...de d'administration paraît ne pas être sans influence. Ainsi les *frictions* ...face cutanée, et plus encore sur les muqueuses, sont regardées comme la ...plus efficace de la salivation mercurielle.

...à la *dose* qui est nécessaire pour produire la salivation, elle est très ..., suivant la préparation mercurielle, et suivant les individus : il suffit quel-...d'une très petite quantité d'un sel mercuriel pour donner lieu à cet acci-...dis que dans des circonstances en apparence semblables, il en faut souvent ...grandes quantités. M. Cullerier a cité des exemples de salivation détermi-...de très petites doses; et chacun sait que quelquefois il suffit d'une seule ...calomel donné comme purgatif, pour produire une salivation abondante, ... les signes d'une inflammation intense de la bouche. Le calomel admi-...faible dose et fréquemment, d'après la méthode dite *fracta dosi*, produit ...infailliblement la salivation avec gonflement douloureux de la muqueuse ... Ce mode d'administration du mercure est fréquemment employé, en par-...dans les maladies des yeux, dans les cas de méningite, etc. On donne alors ...el à la dose de 0,10 en vingt paquets dans une journée.

...eurs faits prouvent que les *émanations mercurielles* peuvent produire la ...on : un des plus fréquemment cités est celui du vaisseau anglais *le Triomphe* ..., qui, ayant pris à son bord une grande quantité de mercure qui se répan-... se déclarer parmi les matelots une épidémie de salivation mercurielle. Dans ... de trois semaines deux cents hommes furent atteints de salivation mercu-...d'ulcérations de la langue et de la bouche, avec paralysies partielles et diar-... Les animaux qui se trouvaient à bord furent malades de la même façon. La ...ation du mercure est donc une cause d'intoxication très énergique, et l'on ...ttendre à rencontrer tous les accidents mercuriels, y compris le ptyalisme, ...s ouvriers doreurs, étameurs sur glaces, chez les mineurs qui exploitent les ... de mercure. M. Piédagnel a vu cette salivation se produire chez plusieurs ...nes qui avaient séjourné dans une chambre où l'on avait brûlé une sébile ... contenu du mercure et imprégnée de ce métal. Ces faits ont été rap-... dans un mémoire intéressant publié par M. Grapin (1), alors interne des ...ux.

...n, il est quelques circonstances qui favorisent beaucoup l'action du mercure ... bouche : c'est la présence d'ulcérations, d'excoriations, de tubercules cutanés ...des et exulcérés, sur la surface desquels l'absorption de la substance médica-...euse est très facile et très prompte. A l'époque où nous faisions un service à

(1) *Archives générales de médecine*, 4e série, 1845, t. VIII, p. 327.

l'hôpital de Lourcine, nous avons remarqué que quatre ou cinq frictio grandes lèvres, pratiquées pour faire disparaître les tubercules plats, s pour produire une salivation abondante.

Nous n'avons point dissimulé le vague dans lequel nous sommes sur d'étiologie, dont néanmoins l'importance sera facilement sentie. C'est là sujet de recherches; espérons que les médecins qui s'occupent aujourd tant de zèle de l'histoire des maladies syphilitiques feront enfin cesser ... incertitudes.

### § III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la stomatite mercurielle ont été généralement bien d bien décrits. Ils sont tellement tranchés, qu'ils frappent nécessairement l teur le moins attentif.

*Début.* — C'est ordinairement du troisième au huitième jour du traite la salivation se manifeste; mais ce *début* est loin d'être fixe, car on a vu résister plusieurs mois au traitement, et puis, sous une influence que l'o pu découvrir, offrir la salivation à un haut degré. On a même cité que dans lesquels cet accident n'est survenu qu'après la cessation du traitemen fois au bout d'un temps assez long, comme M. Lagneau (1) en rapporte un Mais les faits de ce genre sont entièrement exceptionnels, et il faut pren de s'en laisser imposer par les malades qui, ayant subi en secret un traite curiel imprudent, n'osent pas l'avouer au médecin. Lorsque la maladie se les malades commencent à sentir, dans la bouche, de la chaleur, de la d un léger gonflement des gencives. Déjà, à cette époque, ils sont fatigué *goût métallique* désagréable, incommode surtout par sa persistance. Bie les gencives deviennent pâles et blafardes, et la langue et les dents comm présenter un léger enduit. En même temps une certaine sensibilité se à la base de la mâchoire et derrière le bord postérieur de ses branche annonce que les glandes salivaires sont déjà irritées.

*Symptômes.* — Lorsque la maladie est entièrement déclarée, la *doul* bouche est vive; les gencives sont *tuméfiées*, soulevées en forme de p molles, rouges vers le collet des dents. La membrane muqueuse des paroi se gonfle également, ainsi que la langue, qui conserve l'empreinte des dents se couvrent d'un enduit épais. En même temps la douleur, au niveau de salivaires, augmente notablement; ces glandes prennent un volume plus rable; elles sont surtout douloureuses dans les mouvements de mastication de même des dents, que les malades osent à peine rapprocher les unes de

La *salivation* devient alors extrêmement abondante, et constitue le ph le plus remarquable de la maladie. A chaque instant la bouche du malade plit d'une salive épaisse, filante, blanchâtre, qu'il est continuellement o rejeter au dehors, de telle sorte que quelques sujets sont forcés d'avoir tou crachoir sur lequel ils sont penchés, la bouche entr'ouverte, de manière s'écouler constamment la salive qui file comme du blanc d'œuf. Les quan salive que peuvent rendre ainsi les malades sont quelquefois énormes.

(1) *Traité des maladies syphilitiques*, t. II, p. 105.

re symptôme non moins remarquable, c'est l'extrême *fétidité de l'ha-*
vant Frank, cette fétidité serait spécifique; mais il est fort douteux qu'il
si; on ne trouve nulle part, en effet, aucun caractère propre à cette féti-
le est très grande, c'est uniquement parce que l'altération de la bouche
nsidérable.
époque plus avancée de la maladie, les symptômes qui viennent d'être
stant toujours, il survient d'autres phénomènes qui sont dus uniquement
rès des altérations organiques des parois de la bouche. Ainsi, les gencives
ssent de plus en plus; elles deviennent très saignantes et finissent par
r autour des dents, et même par tomber en lambeaux. Les dents elles-mêmes
nt, et peuvent ainsi, lorsque la maladie est poussée très loin, se déchausser
r. Enfin, des *ulcérations* plus ou moins étendues, arrondies, couvertes
licule grisâtre ou blanchâtre, se montrent sur les différents points de la
et la maladie est alors parvenue à son summum d'intensité. Le nombre des
ent être très grand; on les a vus couvrir toute la paroi buccale, sans en
la surface de la langue, dont le gonflement peut être considérable. En
, la salivation est extrêmement abondante, et c'est alors qu'on a vu des
rendre dans les vingt-quatre heures 2 ou 3 kilogrammes de salive.
tre symptôme, qui prend un assez grand accroissement à mesure que la
fait des progrès, et surtout chez certains individus, est le *gonflement des
salivaires*. Il est souvent porté au point que les malades ont beaucoup de
à ouvrir la bouche pour en permettre l'examen.
rare que l'on observe des *symptômes fébriles* un peu notables dans le
cette affection, qui paraît toute locale. Cependant, dans quelques circon-
et lorsque la maladie est très intense, le mouvement fébrile se manifeste,
devient fréquent, la peau est chaude et sudorale; la douleur gagne toute
et le gonflement, qui, d'une part, se communique à la gorge, gêne de
tellement le jeu des mâchoires, en se portant du côté de l'oreille, que le
a de la peine à parler, à avaler et à entendre. Enfin, dans les cas les plus
il y a une *insomnie* complète, un abattement général des forces avec quel-
mptômes ordinairement peu intenses du côté du *tube digestif.*
compléter le tableau de l'affection, il faut ajouter que souvent on a remar-
*diminution notable des autres sécrétions*, sauf toutefois la transpiration,
contraire, est ordinairement abondante. *L'urine*, en particulier, est *sou-*
très petite quantité et très foncée en couleur; mais ces symptômes sont
fait secondaires.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

*marche* de la maladie est uniforme; les symptômes vont continuellement en
nt, jusqu'à ce qu'enfin l'irritation causée par la préparation mercurielle ait
aux divers traitements mis en usage. Quant à la *durée*, elle est ordinairement
t à huit jours, quand l'affection est légère. Il est rare que les symptômes se
ent auparavant, tandis qu'au contraire on les voit assez souvent se prolonger
à de ce terme. La *terminaison* est favorable dans le plus grand nombre de cas.
uleur éprouvée par le malade dans les dents, les glandes salivaires et les parois

de la bouche, commence par se calmer, puis la tuméfaction diminue, ainsi quantité de salive excrétée. Enfin la bouche se nettoie, et il ne reste rien état si alarmant. Dans quelques cas, la terminaison est entravée par cert constances fâcheuses. Ainsi, outre la chute des dents, on voit quelquefois des alvéoles se nécroser, les ulcères se multiplier avec persistance; en un lésions organiques devenir plus nombreuses et plus profondes qu'elles ne habituellement. Il faut alors un temps beaucoup plus long pour guérir la car il reste, après la chute des parties nécrosées, des trajets fistuleux fermer, et des ulcères profonds peuvent persister longtemps encore après principaux symptômes de la salivation se sont notablement amendés.

### § V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons pas besoin de faire une description détaillée de ces lésio qu'elles ont été déjà indiquées dans la description des symptômes. Il nous dire que le gonflement, le ramollissement, la destruction de la muqueuse tissus sous-jacents, dans certains points occupés par l'ulcération, et enfin, cas les plus rares, des altérations plus profondes des os, constituent ces lési le plus souvent, sont légères.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la maladie qui nous occupe est des plus faciles. On ne en effet, confondre la stomatite mercurielle qu'avec la stomatite simple stomatite causée par quelques agents particuliers : par exemple, l'émétique il est rare que l'on ne soit pas instruit de la cause qui l'a produite, et cette sance suffit, puisqu'en réalité la salivation mercurielle n'est autre chose simple stomatite qui a une cause spéciale. Quant à la *stomatite couenneuse macace*, nous rechercherons, dans un des articles suivants, si l'on peut la pour une stomatite mercurielle; il en sera de même de la *stomatite ulcére*

Dans le cas où l'on ne pourrait pas avoir la certitude que le malade a mercure, on devrait rechercher l'existence des ulcérations, qui mettrait sur et si en même temps on observait l'ébranlement des dents, la nécrose des et la destruction des parois de la bouche, on n'hésiterait pas à attribuer l' à l'action du métal; car une stomatite simple ne produit pas de semblables dres. Ce diagnostic est trop aisé pour qu'il soit nécessaire d'y insister plus temps, et de le présenter sous forme de tableau synoptique.

Quant au *pronostic*, nous avons vu qu'il est, dans la très grande majori cas, fort peu grave; cependant les accidents énumérés plus haut prouvent maladie peut quelquefois offrir d'assez grands dangers. Est-il possible de déter quels sont les cas de ce genre? Les auteurs ont pensé que, lorsque les symp prenaient une intensité très grande, c'est qu'il y avait complication de sc mais le fait n'est pas parfaitement démontré. Suivant quelques-uns, la mala infiniment plus grave chez les enfants que chez les adultes. Sans nier la po du fait, nous dirons que nous n'avons rien trouvé dans les observations qui pr que c'est là autre chose qu'une simple opinion.

### § VII. — Traitement.

[On s']est nécessairement beaucoup occupé du traitement de la stomatite mercu[rielle de]puis qu'on n'a plus regardé cette affection comme utile dans la cure de la [syphilis], et non-seulement on a cherché les moyens les plus propres à enrayer la [maladi]e, une fois qu'elle s'est produite, mais encore on a employé un grand nombre [de médi]caments, dans le but de prévenir cet accident, tout en faisant subir aux [malade]s le traitement mercuriel exigé par leur état. Voyons, sous ce double point [de vu]e, quels ont été les résultats de ces recherches.

*Traitement prophylactique.* — Suivant M. Lagneau (1), on peut réduire à [trois] les méthodes qui ont été conseillées pour prévenir le ptyalisme pendant le [traite]ment antivénérien par le mercure. La première consiste à mélanger les pré[paratio]ns mercurielles avec des substances propres à leur ôter leur effet sialagogue; [la secon]de, à faire subir au malade, avec la plus grande exactitude, les préparations [d'usag]e avant la prescription du mercure; enfin la troisième consiste uniquement [à prop]ortionner la dose du mercure à la susceptibilité du sujet. Aujourd'hui ce [derni]er précepte est généralement suivi; mais il arrive encore assez souvent qu'il [est im]possible de prévoir d'avance l'effet d'une dose ordinaire de mercure dans des [cas pa]rticuliers. Sous ce rapport donc, il faut laisser au médecin l'appréciation des [divers] cas soumis à son observation.

[Qua]nt aux deux premiers moyens, il importe de les présenter avec quelques [détails]. Déjà, en 1755, Raulin (2) avait imaginé d'unir le *camphre* au mercure, [pour] éviter la salivation; et comme il employait presque exclusivement dans son [traite]ment les frictions avec l'onguent mercuriel, il recommandait d'unir 1,25 *gram.* [de *ca*]*mphre à* 30 *grammes d'onguent mercuriel.* On a également uni le camphre [aux d]iverses préparations mercurielles données sous forme de pilules, de sirop; [mais] l'expérience a prouvé que cette union n'empêchait pas la salivation de se pro[duire], lorsque la dose du mercure devenait trop considérable.

[Le] *soufre*, que nous retrouverons dans le traitement curatif de la salivation mer[curiel]le, a été également joint au médicament spécifique dans le même but; mais [l'expé]rience a encore démontré qu'il ne fallait nullement se fier à cette association, [de tel]le sorte qu'il serait plus dangereux qu'utile de recommander des médicaments [qui p]ourraient faire négliger les précautions ordinaires, et rendre plus téméraire l'emploi du mercure.

[Le]s mêmes réflexions s'appliquent au *sulfure de chaux ammoniacal*. Quant à [l'iod]e, il paraît, dans quelques cas, avoir été associé au mercure avec un peu plus [de su]ccès. Quelques observations ont été publiées (3), dans lesquelles le mercure [et] l'iode ayant été employé à assez forte dose contre le rhumatisme articulaire et [les tu]meurs blanches, la salivation s'est rarement montrée; mais, ainsi que le fait [rema]rquer le rédacteur du journal où ces faits sont rapportés, c'est surtout parce [qu'o]n avait le soin de suspendre le traitement dès qu'une légère irritation se mon[trait] à la bouche, qu'on a évité des accidents plus graves, et de plus, M. Gay a [échou]é par ce moyen dans deux cas soumis à son observation : de sorte qu'en réa-

(1) *Loc. cit.*, p. 109.
(2) *Lettres sur l'alliance du camphre avec le mercure, etc.* Paris, 1755, in-12.
(3) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VII et VIII.

lité on ne peut avoir qu'une confiance très limitée dans l'emploi de ce

Les chirurgiens de l'hôpital de la marine de Toulon (MM. Reynaud, Levicaire) se louent beaucoup du traitement suivant, à l'aide duquel, dis obtient d'excellents résultats, tout en évitant la salivation. Ces médecins pr les frictions avec une pommade dont voici la formule :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Onguent mercuriel........ | 30 gram. | Hydrochlorate d'ammoniaque. | } ãã |
| Hydrate de chaux........ | 8 gram. | Soufre sublimé............. | |

Mêlez. Faites une pommade s. a.

Le traitement ordinaire est de trente à trente-six frictions, pratiquées il suit :

Le premier et le deuxième jour, une friction de 4 grammes.

Le troisième jour, un bain, point de friction.

Le quatrième et le cinquième jour, une friction de 5 grammes 2 grammes.

Le sixième jour, un bain, point de friction. Et ainsi de suite, en aug tous les trois jours d'un gramme 20 centigrammes la dose de la pommade à la friction, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 12 grammes par friction (1).

On voit que l'on n'a pas encore trouvé de substance qui soit réellement neutraliser l'action particulière qu'exerce le mercure sur la muqueuse de la et sur les glandes salivaires.

Quant aux *préparations* que l'on fait subir au malade dans le but de le ver de la salivation, elles consistent uniquement à lui administrer de légers tifs, à lui faire prendre quelques bains, à maintenir la peau perspirable, à tenir une douce chaleur par des vêtements de laine (gilets, caleçons de fla à lui prescrire des boissons délayantes et un régime composé d'aliments lég facile digestion et très doux; mais on chercherait en vain dans les aute preuve évidente que les sujets ainsi préparés ont résisté plus que les autres sialagogue du mercure. Parmi les nombreuses recherches qu'il reste encore sur le traitement de la syphilis, celles-là pourraient trouver leur place. Il e même des divers traitements mercuriels considérés comme produisant moins facilement la salivation; nous n'avons rien de positif à ce sujet.

2° *Traitement curatif.* — Le traitement curatif présente un grand nom moyens, que nous allons passer en revue; mais malheureusement nous a regretter bien souvent que le défaut de précision dans les faits nous emp rien conclure. On peut encore suivre, dans l'exposition de ce traitement, l sion admise par M. Lagneau. Parmi les médicaments employés dans le but d battre la salivation une fois établie, il en est en effet, ainsi que le fait rem cet auteur, qui agissent directement sur la bouche, de manière à en détrui ritation, d'autres qui sont administrés dans le but de détourner cette irritati un autre point, et d'autres enfin qui sont donnés dans l'intention de neutralise tion mercurielle.

*Médicaments qui agissent localement.* — On a dû d'abord avoir recour *adoucissants* et aux *émollients* pour combattre l'inflammation de la bouche: i

(1) *Journal de pharmacie du Midi*, et *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, p. 203.

...icenne jusqu'à nos jours, a-t-on recommandé dans cette maladie les ...es adoucissants avec l'eau de guimauve, la décoction de graine de lin, le ...é avec l'eau d'orge : gargarismes que quelquefois on a rendus légèrement ...à l'aide d'une infusion de camomille, de douce-amère, etc.; mais ces addi-...ont pas une grande importance.

...ingents. — Parmi les astringents, il n'en est aucun qui soit plus fréquem-...ployé que l'alun. Ce remède, donné en gargarismes, peut être administré à ...forte dose; néanmoins il suffit ordinairement de la prescription suivante :

| | |
|---|---|
| ............. 300 gram. | Miel rosat.................. 30 gram. |
| ...né............ 8 gram. | |

...Pour se gargariser trois fois par jour.

...même on peut réduire à 4 grammes la dose d'alun, et chez les enfants, ...être moitié moindre.

Cavarra dit avoir obtenu un succès complet par la formule suivante, dans un ...livation mercurielle abondante :

| | |
|---|---|
| ...fate acide d'alumine et de ...asse.................. 8 gram. | Eau pure...................... 16 gram. |

...Pour se gargariser trois fois par jour.

...est-il utile d'employer une aussi forte proportion d'alun?

...rtean rend la solution d'alun plus astringente, en prenant pour excipient ...ion d'écorce de chêne. Enfin M. Léonard (1) veut qu'on emploie l'alun en ... appliqué à sec sur la muqueuse malade. Pour cela il suffit, après avoir ... le doigt, de le charger d'une assez grande quantité d'alun pulvérisé, et de ...sser sur les surfaces affectées. Lorsque des ulcérations existent dans des ...difficiles à atteindre avec le doigt, à la partie postérieure des mâchoires et ...es dents, par exemple, on peut imprégner d'alun de petits bourdonnets ...pie, et les placer sur les points ulcérés, en recommandant au malade de ne ...er sa salive.

...étate de plomb a été aussi mis en usage par un certain nombre de méde-... c'est à M. de la Bonnardière (2) qu'on attribue d'avoir le premier employé ...dicament, qu'il prescrivait en gargarismes à la dose suivante :

| | |
|---|---|
| Acétate de plomb liquide... 60 gram. | Eau..................... 120 gram. |

...r se gargariser trois fois par jour.

...sieurs médecins assurent avoir employé ce moyen avec succès; mais aucun ...tache plus d'importance que M. Sommé (3). Selon lui, la salivation est tou-... très heureusement modifiée par le gargarisme suivant, dans lequel la propor-... du sel de plomb est beaucoup plus considérable :

| | |
|---|---|
| Acétate de plomb liquide... 30 gram. | Eau commune............... 1 kilogr. |

...r se gargariser deux fois par jour.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VII, p. 149.
(2) *Journal général, ou Recueil de la Société de médecine de Paris*, t. XII.
(3) *Archives générales de médecine*, 1re série, 1823, t. I.

Cullerier (1) regarde au contraire comme très douteuse l'efficacité de ce moyen; mais, suivant M. Sommé, le peu de succès obtenu à l'hôpital des Vénériens tient à ce qu'on a employé une trop petite dose d'acétate de plomb. Faute d'observations, il est impossible de se prononcer à ce sujet. M. Sommé conseille, pour faire disparaître les ulcères qui se montrent dans cette maladie, de les toucher avec un petit pinceau chargé d'acétate de plomb liquide pur. Nous pourrions encore citer M. Tanchou (2), qui mentionne une observation dans laquelle une quantité peu considérable d'acétate de plomb (2 grammes sur 2 litres d'eau) lui a suffi pour arrêter promptement une salivation mercurielle abondante.

On voit par ce qui précède combien on est peu d'accord sur l'efficacité réelle de l'acétate de plomb, ainsi que sur celle de l'alun.

[On a cherché des substances astringentes très énergiques, et varié à l'infini les essais avec des acides plus ou moins étendus d'eau; mais on a trop oublié que le jus de citron est un des meilleurs astringents, et que ce moyen a donné d'excellents résultats dans la stomatite mercurielle.

Le *chlorate de potasse* est peut-être le meilleur médicament qu'on ait encore employé contre cette maladie. De nombreux essais faits par MM. Herpin (de Genève), Blache (3), Demarquay et Gustin (4), Isambert (5), Aran, J. Laborde (6), ont démontré son efficacité, et les observations de cette nature se sont multipliées, depuis quelques années, en France, en Angleterre et en Allemagne, de sorte que le doute n'est plus possible aujourd'hui. Un auteur américain, le docteur Gallaches (de Pittsburg) (7), a même été jusqu'à dire que le chlorate de potasse était le spécifique de la stomatite mercurielle, au même titre que le quinquina l'est de la fièvre intermittente. Le premier effet de l'administration du chlorate de potasse est de diminuer la fétidité de l'haleine. La salive devient bientôt moins visqueuse; la tuméfaction disparaît et l'appétit renaît. Ces faits ont été bien étudiés par M. Milon (8).

Le mode d'administration le plus simple et le plus efficace est le suivant : gargarisme avec eau, 100 grammes; chlorate de potasse, 3 grammes. On peut augmenter la dose, et la porter jusqu'à 5 et 6 grammes, ce médicament n'étant pas dangereux. On peut l'administrer également en potion, à la dose de 2 ou 3 grammes, dans une potion de 120 grammes; mais son action paraît être surtout topique. Du reste, il n'y a aucun inconvénient à l'administrer en même temps de l'une et de l'autre façon.

L'iodate de potasse a été administré à peu près de la même manière. Des essais tentés dans ce sens par M. Demarquay permettent de penser que ce médicament sera utilement employé en pareil cas.]

*Caustiques.* — Parmi les caustiques, il n'y a guère que le *nitrate d'argent* et

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. SALIVATION.
(2) *Journal des connaissances médicales*, année 1837, p. 163.
(3) *Bulletin de thérapeutique* des 15 janvier et 15 février 1855.
(4) *Bulletin général de thérapeutique*, 30 mai 1855, p. 437.
(5) *Études chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthéritiques* (croup, angine couenneuse, etc.). Paris, 1856, in-8.
(6) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 février 1858. — *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1858, t. V, p. 566.
(7) *American Journal of medical sciences*, juillet 1857.
(8) *Thèse*. Paris, 1858.

cides qui aient été employés; encore ceux-ci ne l'ont-ils été que rarement un état de concentration suffisant pour produire la cautérisation. Le plus ent on les a administrés à petite dose dans une grande quantité de liquide, le but d'aller neutraliser dans l'économie l'action du mercure. Lorsqu'on s'en servir comme caustiques pour toucher les ulcères qui se produisent dans livation, c'est l'*acide hydrochlorique* que l'on emploie ordinairement de la ière suivante :

℞ Acide hydrochlorique....... 2 gram. | Miel..................... 4 gram.

èlez. A l'aide d'un petit pinceau, touchez rapidement les surfaces excoriées.

I. Ricord (1) emploie la cautérisation avec l'acide hydrochlorique dès le début ne de la maladie, alors que les gencives paraissent seules affectées. Il conseille oir recours à une ou plusieurs applications d'*acide hydrochlorique pur* sur parties; ce que l'on fait en y promenant rapidement un pinceau chargé de cet le, et en ayant soin d'essuyer promptement les dents lorsque le caustique les he. Cet auteur affirme que, par ces cautérisations faites à temps, on évitera tre-vingt-dix fois sur cent les effets fâcheux d'une salivation déjà commençante. erait certes là un très beau résultat; mais il serait à désirer que M. Ricord fît connaître les faits sur lesquels il s'est fondé. Le ptyalisme mercuriel est maladie trop désagréable et quelquefois trop dangereuse pour qu'il ne soit pas utile d'exposer dans tous leurs détails les observations qui prouvent l'action médicaments héroïques.

our la cautérisation, M. Cullerier emploie tout simplement le crayon de *nitrate gent*, qu'il promène principalement sur les surfaces ulcérées.

*hlorures.* — Dans une affection où la fétidité de l'haleine est un des phéno- es les plus remarquables, on a été porté naturellement à employer les *chlo- s*, d'abord comme désinfectants, et ensuite comme agissant particulièrement la muqueuse. M. Darling (2) affirme avoir employé avec beaucoup de succès *lorure de soude* contre le ptyalisme mercuriel. En Allemagne, on se sert par- ièrement du *chlorure de chaux*, d'après la formule suivante :

℞ Chlorure de chaux......................... 15 gram.

issolvez exactement dans :

Eau de fontaine............................ 60 gram.

larifiez; ajoutez :

Alcool.................................... 60 gram.
Huile essentielle de rose.................... 4 gouttes.

èlez. Verser une cuillerée à thé de cette solution dans un verre d'eau, et s'en rincer la he quatre ou cinq fois par jour.

*Moyens divers.* — Quelques autres substances agissant principalement sur la che ont encore été prescrites. Ainsi Swediaur (3) cite un cas de salivation opi-

) *Journ. des connaissances médico-chirurgicales*, mars 1835.
) *London med. Repos.*, février 1826.
) *Traité complet des maladies syphilitiques*. Paris, 1817, t. II.

niâtre où l'administration de la *teinture de cantharides* à l'intérieur a paru avoir de bons effets. M. Bayle (1) rapporte deux cas semblables, dans lesquels on a simplement prescrit la *mastication de la cannelle*, et M. Geddings a préconisé le gargarisme suivant :

℞ Huile de térébenthine...... 8 gram. | Mucilage de gomme arabique. 240 gram.
Mêlez.

Ces médicaments n'ont point été assez fréquemment expérimentés pour qu'on puisse se prononcer sur leur action.

M. le docteur Robertson, de Harrodsburgh (2), n'accorde, parmi tous les moyens qu'il a mis en usage, et ils sont nombreux, d'efficacité réelle qu'aux feuilles d'*ambrosia trifida*, qu'il emploie de la manière suivante :

℞ Feuilles vertes d'ambrosia trifida............... 1 poignée.

Faites infuser dans :

Eau................................. 500 gram.

Pour se laver la bouche et la gorge toutes les demi-heures.

Les faits que cite cet auteur ont besoin d'être appuyés par de nouvelles observations.

*Émissions sanguines.* — Il est rare que l'on emploie les émissions sanguines dans cette maladie, c'est pourquoi nous n'en avons pas encore parlé. Cependant, lorsque l'inflammation est très intense et le gonflement des glandes salivaires très considérable, on a recours à l'application de quinze à vingt *sangsues* à la base de la mâchoire, et quelquefois même à la *saignée générale*.

*Moyens dérivatifs.* — Viennent ensuite les médicaments administrés dans le but de détourner l'inflammation, en produisant une irritation sur un autre point. C'est dans cette intention qu'on prescrit les *purgatifs*. On attribue à Leménar, médecin espagnol, d'avoir le premier employé cette méthode. Généralement, on met les purgatifs en usage dans le cours de la maladie, surtout parce qu'on a remarqué que les selles étaient souvent fort difficiles et peu abondantes. Lorsque l'inflammation de la bouche est peu considérable, il suffit d'un faible purgatif, tel que la décoction légère de follicules de séné, ou 35 grammes de manne, dans une tasse de lait, etc.; mais lorsque l'on sent la nécessité de porter une irritation plus vive sur la muqueuse intestinale, il faut ordonner des médicaments plus énergiques : ainsi on prescrira 30 *grammes de sulfate de soude ou de magnésie*, à prendre en trois fois dans de l'eau de chicorée ; ou bien les pilules purgatives suivantes, recommandées par M. Lagneau :

℞ Savon médicinal.......... 60 gram. | Aloès en poudre fine............. 15 gram.
Rhubarbe en poudre....... 15 gram. |

Faites, selon l'art, des pilules de 0,30 gram. Dose : de trois à six par jour.

Il est inutile de multiplier ces formules.

(1) *Revue médicale*, t. IV, 1828.
(2) *The American Journ. of the med. sc.*, octobre 1846.

Les *vomitifs* ont été également mis en usage. Ainsi Read a rapporté cinq obser-vations dans lesquelles, sous l'influence d'un émétique, la salivation mercurielle s'est promptement améliorée et a disparu assez vite. Il serait à désirer que de nouvelles observations fussent recueillies à ce sujet. Mais souvent on n'emploie pas ces moyens à la dose vomitive, et on les donne de manière à produire seulement une légère irri-tation sur le tube intestinal. C'est ainsi que le docteur Finlay (1) prescrit *seule-ment de 10 à 12 milligrammes de tartre stibié* dissous dans l'eau, et administré toutes les deux heures. Il assure être souvent parvenu à arrêter promptement, par ce moyen, la salivation. Dans tous les cas, ajoute-t-il, le médicament a constam-ment procuré un soulagement marqué en vingt-quatre heures, et il a particulière-ment réussi à faire disparaître la douleur de la bouche et du gosier dans le même espace de temps. Dans un cas, en particulier, le tartre stibié ainsi administré a triomphé d'une salivation qui durait depuis trois mois. Donnée à plus haute dose, cette substance n'avait point eu le même succès. Il est à regretter que dans les faits qu'il a présentés, M. Finlay n'ait point suffisamment insisté sur le début de la ma-ladie et sur l'époque à laquelle le traitement a été commencé. Néanmoins ces faits sont très intéressants et méritent d'être publiés.

Plus récemment le docteur Maxwell (2) a préconisé le même médicament admi-stré à doses fractionnées dans une grande quantité de liquide bien chaud.

Il faut ajouter à ces remèdes propres à détourner l'irritation sur d'autres orga-s, les *rubéfiants* et les *vésicants*, assez fréquemment employés : des pédiluves sinapisés très chauds; des bains chauds même sont prescrits dans le but d'attirer rs la peau cette irritation. On peut, pour rendre le pédiluve plus actif encore, dministrer avec 30 *grammes d'acide hydrochlorique*.

Les *ventouses sèches et scarifiées*, recommandées par Massa, s'appliquent à la que, aux épaules ou aux bras. Il en est de même des *vésicatoires*, qui, d'après Lagneau, ont souvent des effets avantageux. On peut également faire pratiquer r les différentes parties du corps des *frictions* sèches ou rendues excitantes par elques médicaments. Nous n'insisterons pas sur ces moyens, qui sont peu éner-ques, et dont l'action est très imparfaitement connue.

*Moyens propres à neutraliser l'action du mercure.* — Enfin restent les sub-nces que l'on a introduites dans l'économie, dans le but de neutraliser l'action médicament. Le *soufre* est celle qu'on a d'abord administrée, pensant qu'in-oduit dans les organes, il irait former avec le mercure un sulfure non nuisible. docteur Sundelin a prescrit un *sulfure de magnésie mêlé à l'acide tartrique*, ns les proportions suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Sulfure de magnésie..... 4 gram. | Sucre blanc................ 5,20 gram. |
| Acide tartrique......... 2,40 gram. | |

Mêlez. Rédiusez en poudre, et divisez en douze paquets, dont on prendra un toutes les is heures.

Cullerier prescrivait le *soufre sublimé* sous forme de pastilles et d'après la for-ile suivante :

(1) *North American Journ.*, etc., et *Nouv. Biblioth. méd.*, mars 1828.
(2) *Journal des connaissances méd.-chir.*, 15 octobre 1850.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Fleurs de soufre......... | 64 gram. | Mucilage................. | ãã Q. s |
| Sucre................. | 500 gram. | Eau de fleur d'oranger....... | |

F. s. a. des pastilles de 4 ou 5 grammes. Dose : huit ou dix par jour.

Le docteur Wedekind prescrit le *soufre en poudre* de la manière qui suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Soufre lavé.............. | 1,20 gram. | en poudre............ | ãã 1,20 gram. |
| Racine de calamus aromaticus | | Sucre blanc............. | |

Mêlez. Divisez en six paquets. Dose : un tous les soirs.

L'utilité de ce médicament est fondée, comme nous l'avons vu, sur une pure hypothèse. Reste à savoir maintenant quelle a été son action réelle dans les cas où on l'a employé. Malheureusement, les observations à ce sujet sont tout à fait insuffisantes.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de l'*iode*, qui a été administré par un grand nombre de médecins, surtout en Allemagne. Nous citerons en particulier les docteurs Kluge (1), Heyfelder, Rust, qui attribuent à l'iode une grande efficacité. Voici la formule du docteur Kluge :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Iode très pur.......... | 0,25 gram. | Alcool rectifié............... | 8 gram. |

Faites dissoudre, et ajoutez :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Eau de cannelle........ | 75 gram. | Sirop simple................ | 15 gram. |

Dose : une demi-cuillerée et plus tard une cuillerée entière, quatre fois par jour.

Tous les médicaments qui précèdent auraient besoin d'être expérimentés avec plus de méthode et de soin qu'ils ne l'ont été. On devrait surtout ne pas oublier que la salivation mercurielle, lorsqu'on a fait cesser la cause qui l'a produite, tend naturellement à la guérison ; que, par conséquent, dire que le ptyalisme a guéri pendant l'emploi de tel ou tel médicament, c'est absolument ne rien dire du tout, et qu'il faut, pour que l'efficacité du remède soit démontrée, que la maladie ait été évidemment arrêtée dans un nombre considérable de cas ; que les accidents graves aient été prévenus ; en un mot, qu'il faut tirer les preuves de la marche même de la maladie.

Relativement aux *acides pris à l'intérieur*, nous dirons seulement que, dans les divers traitements qui précèdent, on fait fréquemment entrer l'usage d'une *limonade minérale avec les acides sulfurique*, *nitrique*, etc. M. le docteur Wendt a employé même l'acide phosphorique ainsi qu'il suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Acide phosphorique affaibli. | 8 gram. | Sirop de framboise........... | 15 gram. |
| Décocté de salep........ | 180 gram. | | |

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

L'action de ce dernier médicament est beaucoup trop incertaine pour que, dans l'état actuel de la science, on puisse engager les médecins à y avoir recours.

(1) *Allgem med. Zeitung*, février 1833.

Quant à l'*opium*, son mode d'action n'est pas suffisamment connu. Le docteur Graves (1), après avoir administré vainement, contre une salivation spontanée abondante, les purgatifs et les gargarismes astringents, eut recours à l'opium donné à la dose de 0,05 *gram. de quatre heures en quatre heures*, et il vit disparaître la maladie. Dans les cas de salivation mercurielle, ce moyen aurait-il le même succès? Aujourd'hui on l'emploie assez rarement, parce que des essais entrepris à l'hôpital des Vénériens n'ont point été favorables à l'action de ce médicament, que Boerhaave avait fortement recommandé. La dose à laquelle cet auteur célèbre administrait l'opium était de 0,20 à 0,25 gram. par jour. Nous n'en dirons pas davantage sur cette substance, dont la valeur thérapeutique ne nous est pas suffisamment connue.

*Résumé, ordonnances.* — Nous venons de passer en revue les différentes médications les plus usitées dans le traitement d'une maladie souvent assez rebelle. On a vu qu'il existe encore bien des doutes sur les moyens les plus généralement employés. Ces doutes ne pourront être levés que lorsque des recherches très exactes et comparatives auront fait apprécier d'une manière rigoureuse l'action de chacune des substances prescrites. Jusque-là il faut mettre à la fois en usage un certain nombre des médicaments préconisés, comme nous le montrerons dans les ordonnances qui vont suivre. Mais qu'on n'oublie pas que, dans l'état actuel de la science, ce qu'il y a de mieux à faire est d'éviter, par beaucoup de prudence dans le traitement des maladies vénériennes, le ptyalisme mercuriel. Il faut surtout surveiller très attentivement l'action des frictions, principalement lorsqu'on les pratique sur des surfaces exulcérées. Dès que le malade se plaint de quelque sensibilité autour du collet des dents, il faut examiner avec soin les gencives, et, si l'on aperçoit le moindre signe d'une salivation commençante, il faut suspendre le traitement jusqu'à ce que les accidents soient entièrement dissipés. Ainsi, on pourra éviter l'apparition d'une maladie qu'il est ensuite assez difficile de faire disparaître avant qu'elle ait terminé son cours.

### Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE SALIVATION COMMENÇANTE.

1° Pour tisane, eau d'orge miellée.

2° Une bouteille d'eau de Sedlitz ou un purgatif plus énergique.

3° Faites un petit pinceau de charpie; imbibez-le d'acide hydrochlorique; promenez-le rapidement sur les gencives, en ayant soin d'essuyer exactement les dents qui sont touchées par l'acide. (Ricord.)

4° Pédiluves sinapisés ou rendus excitants par l'addition de 30 grammes d'acide hydrochlorique.

5° Faire usage, quatre ou cinq fois par jour, du gargarisme suivant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Eau d'orge | 300 gram. | Sirop de mûres | 30 gram. |
| Alun | 5 gram. | | |

(1) *Dublin Journal of the med. and surg. sc.*, 1833.

**II° Ordonnance.**

DANS UN CAS DE STOMATITE MERCURIELLE.

1° Frotter les gencives avec du jus de citron, ou avec la pulpe même du citron.
2° Soutenir les forces du malade avec des toniques; extrait de quinquina, 1 ou 2 grammes; vin généreux.
3° Gargarisme avec :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Eau | 200 gram. | Chlorate de potasse | 10 gram. |

4° Potion avec :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Solution de gomme | 100 gram. | Sirop de Tolu | 20 gram. |
| Chlorate de potasse | 2 gram. | | |

Tels sont les cas les plus importants qui s'offrent à l'observation. Pour les autres, il sera facile de faire des ordonnances particulières. Nous n'avons pas besoin d'ajouter, relativement au *régime*, qu'il doit être très léger. Lorsque l'inflammation de la bouche est très considérable, les malades ne peuvent prendre que des aliments liquides; et lorsqu'il existe de la fièvre, on doit prescrire la diète absolue.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement prophylactique.* — Unir le mercure aux substances suivantes, dans le traitement de la syphilis : au camphre, au soufre, aux sulfures, à l'iode, à l'hydrate de chaux, à l'hydrochlorate d'ammoniaque; faire subir aux malades des préparations qui rendent la peau plus perméable; s'arrêter dans l'administration du mercure dès qu'il a produit une sensibilité inaccoutumée des dents et des gencives.

2° *Traitement curatif.* — Astringents, caustiques, excitants divers; émissions sanguines; purgatifs, vomitifs; rubéfiants, vésicants; soufre, sulfures, iode, acides; opium, ambrosia trifida.

## ARTICLE VI.

### STOMATITE COUENNEUSE (*stomacace*, etc.).

Ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a bien distingué cette affection des autres inflammations de la bouche. Sous les noms de *stomacace*, *chancre aquatique*, *ulcérations infectes de la bouche*, etc., on avait décrit plusieurs affections diverses, et, entre autres, celle dont il est ici question, et la gangrène véritable de la paroi buccale. Ainsi, dans le traité de Jos. Frank, on trouve sous ce titre : *De stomacace et cancro aquatico*, une description rapide, et du muguet des enfants, et de la stomatite couenneuse, et de la gangrène de la bouche, et de plusieurs ulcères de cette cavité. C'est M. Bretonneau (1) qui a jeté le plus grand jour sur

(1) *Des inflammations spéciales, et en particulier de la diphthérite*. Paris, 1826, p. 14 et 134.

cette question extrêmement confuse. Dans une épidémie qui eut lieu dans la garnison de Tours, ayant eu occasion d'observer un certain nombre d'individus affectés de ce que l'on appelait la *stomacace*, ou *chancre aquatique*, ou *gangrène des gencives*, il vit qu'il s'agissait simplement d'une production pseudo-membraneuse plus ou moins épaisse, prenant elle-même les caractères gangréneux, et au-dessous de laquelle les tissus n'étaient point affectés ou ne l'étaient que peu profondément. Dès lors la nature de la maladie lui fut connue, et il ne la confondit plus avec la gangrène scorbutique de la bouche, comme on le faisait généralement.

Mais, d'un autre côté, M. Bretonneau paraît admettre que, sous les noms qui viennent d'être indiqués, les auteurs n'ont point décrit autre chose que la stomatite couenneuse ou diphthéritique. Il n'en est cependant pas ainsi, comme on l'a vu dans la citation que nous avons faite de J. Frank, et comme on le verra dans les articles suivants.

Il restait donc à établir une séparation tranchée entre l'affection dont il s'agit et toutes les autres, et c'est ce que nous allons essayer de faire dans cet article.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *stomatite pseudo-membraneuse* ou *couenneuse* est celle qui est caractérisée par une production plastique étendue en nappe sur les parois de la bouche, avec ou sans ulcérations légères de la muqueuse sous-jacente.

Les noms donnés à cette maladie sont très nombreux, comme on a pu déjà s'en apercevoir. On l'a désignée sous les dénominations de *stomacace*, *gangrène scorbutique des gencives*, *chancres aquatiques*, *aphthes malins*, *aphthes gangréneux*, etc. Les Espagnols lui ont donné le nom de *fegarite*. Toutefois, il faut le répéter encore, ce n'est pas à cette maladie bien déterminée que ces différents noms ont été imposés, mais bien aux diverses inflammations qui affectent la bouche et qui présentent un aspect gangréneux.

Cette affection n'est point *très fréquente*. Les auteurs qui ont eu occasion d'en observer un grand nombre de cas ont étudié des épidémies qui ne se renouvellent qu'à d'assez longs intervalles. Parmi les autres, plusieurs n'ont jamais vu cette stomatite avec les véritables caractères du *chancre aquatique;* mais il en est peu qui, dans le cours des maladies aiguës ou chroniques, n'aient vu apparaître sur une certaine étendue de la bouche une pseudo-membrane plus ou moins épaisse, avec inflammation de la muqueuse.

### § II. — Causes.

La distinction précise de la maladie est tellement récente, que nous avons très peu de renseignements sur ses causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Nous venons de voir que, dans certains cas, la maladie se présente sous la *forme épidémique;* c'est alors qu'elle a la plus grande intensité. Elle affecte tous les *âges*. On n'a pas encore pu s'assurer positivement si elle est *contagieuse*. Quant à la pseudo-membrane qui survient dans le cours des maladies, c'est ordinairement

dans les cas très graves et mortels qu'on la voit apparaître. On en a cité un certain nombre d'exemples dans la *fièvre typhoïde*, dans la *phthisie* et dans plusieurs autres affections aiguës et chroniques. M. Louis, en particulier, en a rapporté plusieurs observations.

### 2° Causes occasionnelles.

Relativement aux causes occasionnelles, nous sommes peut-être encore moins instruits. Tout porte à croire cependant que, dans le cas où la maladie se montre dans le cours d'une autre affection, il n'y a aucune cause occasionnelle particulière, et qu'elle se produit comme simple lésion secondaire.

On a cherché les causes occasionnelles de la stomatite couenneuse épidémique dans l'influence de la *température*, dans la qualité de l'*eau* prise en boisson, et, en outre, dans toutes les *conditions hygiéniques qui peuvent développer le scorbut*. Relativement à cette dernière proposition, M. Bretonneau a démontré que la maladie n'est pas de nature scorbutique, et, quant à l'influence de la température et à la qualité de l'eau, les expériences ne sont pas suffisantes pour en faire apprécier la valeur.

## § III. — Symptômes.

Nous avons vu, dans le paragraphe consacré aux causes, qu'il y a deux espèces bien différentes de stomatite couenneuse. La première, qui paraît sous forme épidémique, est celle qui a le plus occupé les auteurs, et à laquelle on a donné les noms si variés mentionnés plus haut. C'est à elle que se rapporte la description d'Arétée, qui peut s'appliquer également à la gangrène de la bouche.

*Début.* — Cette affection commence ordinairement d'une manière insidieuse : un peu de gêne, une douleur très légère dans les gencives se manifestent d'abord; puis il se forme sur ces parties une exsudation grisâtre, plus ou moins épaisse, qui les fait paraître comme ulcérées.

*Symptômes.* — Cette *exsudation*, lorsque la maladie est intense, tend à gagner les parties voisines de la face interne des lèvres et des joues, et quelquefois même elle se porte jusque dans le pharynx et les fosses nasales. Les *dents* sont enduites d'une espèce de boue grise, brune ou de couleur de rouille. Après avoir été enlevée, la fausse membrane a une tendance notable à se reproduire tant que la maladie n'est point terminée. Dans le cas contraire, la muqueuse sous-jacente reprend rapidement son aspect normal, et il ne reste plus rien de cet état qui paraissait si grave.

Cependant il arrive assez souvent, et principalement lorsque le mal a son siége sur les gencives, qu'au-dessous de la pseudo-membrane il se forme des *ulcères* qui peuvent devenir difficiles à guérir; mais il faut prendre garde de s'en laisser imposer par l'aspect extérieur de la maladie ; car, dans certains cas, il semble que les ulcères, surtout quand ils ont leur siége sur la face interne des joues, sont extrêmement profonds : illusion qui tient, ainsi que l'a fait remarquer M. Bretonneau, à ce que la *muqueuse environnante* est très boursouflée, et le paraît encore davantage par suite du dépôt pseudo-membraneux. Nous verrons, à l'article *Stomatite gangréneuse*, quelle est l'opinion de M. Taupin sur ce point.

Lorsque la maladie est dans cet état, la lésion se présente sous l'aspect d'un *ulcère* gris, livide, ou noirâtre, à bords gonflés et d'un rouge livide. Des lambeaux

puis s'en détachent et sont remplacés par de nouvelles couches. Une *sérosité sanieuse* coule abondamment de la bouche. Cet écoulement continue pendant le sommeil, et le linge des malades en est fortement taché.

L'*haleine* est alors d'une *fétidité extrême*. Le tissu cellulaire environnant, les glandes salivaires et les ganglions lymphatiques se tuméfient. L'écartement et le rapprochement des mâchoires sont difficiles; mais la *déglutition* n'est pénible que dans les cas où la maladie a envahi le pharynx.

Dans les premiers temps, la *fièvre* est peu considérable; elle peut le devenir lorsque l'affection marche très rapidement et que les tissus circonvoisins sont fortement affectés.

Dans les cas où la stomatite pseudo-membraneuse se montre *au milieu des symptômes d'une autre maladie grave*, les choses se passent très différemment. Le malade se plaint d'abord d'une *douleur* plus ou moins vive dans la bouche; la *muqueuse* rougit et n'est que légèrement tuméfiée; puis on voit apparaître quelques *taches blanches* qui se rapprochent rapidement et forment une couche ordinairement peu épaisse, difficile à détacher, se reproduisant facilement, et au-dessous de laquelle la membrane muqueuse n'est pas sensiblement affectée. C'est principalement à la face interne des lèvres, et surtout de la lèvre inférieure, que se montre cette production morbide; et comme elle se manifeste souvent à une époque voisine de la mort, elle persiste jusqu'au moment de la terminaison fatale. Nous n'en dirons pas davantage sur cette forme de l'affection, qui n'est que secondaire.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la stomatite couenneuse épidémique, la maladie *marche* ordinairement avec rapidité; mais, dans quelques cas, les divers symptômes ne se développent que lentement, et c'est alors surtout qu'on voit les gencives attaquées par des ulcérations nées au-dessous des fausses membranes qui ont persisté longtemps. Quand la stomatite survient dans le cours d'une maladie grave, aiguë ou chronique, c'est, comme nous l'avons déjà dit, une affection secondaire qui se manifeste fréquemment dans les derniers jours de la maladie.

Sa *durée*, dans ce dernier cas, est donc ordinairement courte; tandis que dans le premier elle peut être de plusieurs semaines.

Relativement à la *terminaison*, la stomatite couenneuse épidémique se distingue, suivant Guersant et M. Bretonneau, de la véritable gangrène de la bouche, en ce que celle-ci détruit profondément les tissus et emporte presque certainement les malades; tandis que l'autre guérit toujours, à moins qu'elle ne gagne les canaux qui se portent vers la poitrine; et, de plus, en ce que, après une guérison assez rapide, il ne reste aucune trace de la maladie, si ce n'est, dans certains cas très graves, un ébranlement des dents causé par les ulcérations du bord des gencives. Cette proposition a encore été contestée par M. Taupin, qui a étudié avec grand soin la gangrène de la bouche. D'après les recherches de cet auteur, elle paraît, en effet, trop exclusive; mais c'est un point de discussion dont nous allons dire un mot à l'occasion du *diagnostic*, et que nous renverrons, pour plus de détails, à l'article *Stomatite gangréneuse*.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* sont celles que nous avons indiquées rapidement dans la description des symptômes : une couenne, une pseudo-membrane plus ou moins épaisse, se détachant par lambeaux peu adhérents, laissant au-dessous la membrane muqueuse intacte ou très légèrement excoriée; quelques ulcérations au bord des gencives ; quelquefois la propagation du mal vers le pharynx et la cavité nasale, telles sont les altérations qui appartiennent en propre à cette maladie. Dans le cas où la stomatite couenneuse n'est qu'une complication d'une maladie grave, les lésions de la bouche sont ordinairement moins profondes, quoique de même nature, et l'on trouve ailleurs les lésions de la maladie primitive qui a causé la mort.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Diagnostic.* — Le *diagnostic* de la stomatite couenneuse est encore un de ceux qui ne présentent pas de grandes difficultés; car il ne s'agit en réalité que de distinguer cette affection de la véritable gangrène de la bouche et de la stomatite mercurielle. Toutefois cette distinction est importante pour le traitement et pour le pronostic. Mais il s'est élevé une autre difficulté que nous avons déjà fait pressentir. Suivant M. Taupin (1), qui a étudié avec le plus grand soin les diverses espèces de stomatites graves, la stomatite couenneuse de forme épidémique, remarquable par ses caractères gangréneux, n'est qu'une simple variété de la gangrène elle-même ou du *sphacèle de la bouche*. Les raisons qu'il donne pour faire admettre cette opinion sont d'une grande force, et la principale est qu'il n'est pas rare de voir la stomatite passer par la forme couenneuse pour arriver à la forme franchement gangréneuse. Si donc nous insistons sur ce diagnostic, c'est uniquement pour qu'on ne soit pas exposé à prendre pour des ulcères extrêmement graves, et des *détritus* de tissus mous, ramollis et gangrenés, l'exsudation couenneuse qui, par son aspect, est bien propre à en imposer.

Dans la stomatite couenneuse, il y a une saillie formée par l'exsudation pseudo-membraneuse ; on voit assez souvent des lambeaux qui se détachent, et au-dessous desquels apparaît une couche destinée à les remplacer. La partie lésée présente une plaque irrégulière, jaunâtre et molle. En soulevant cette plaque, on trouve la membrane peu profondément altérée. Dans la stomatite gangréneuse profonde, ou *stomatite charbonneuse*, suivant l'expression de M. Taupin, on n'aperçoit d'abord qu'un gonflement pâle des points affectés, avec œdème des parties voisines, et surtout des paupières. Plus tard la peau de la face du côté malade devient rouge, puis noircit, tandis que la muqueuse s'ulcère et présente une eschare noire. Enfin, plus tard encore, on observe la destruction des parties molles, la nécrose des os, une plaie considérable.

On voit que, s'il faut admettre avec M. Taupin que les deux maladies ont, dans plusieurs cas, un même principe, du moins les deux variétés sont ordinairement assez tranchées pour qu'on soit autorisé à les décrire séparément, ainsi que nous le faisons.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1839, *Stomatite gangréneuse*.

Il est un peu plus difficile de distinguer la stomacace de la *stomatite mercurielle*; cependant, en ayant égard aux différences suivantes, on arrivera avec sûreté au diagnostic. D'abord il est fort rare qu'on n'ait pas des renseignements suffisants pour s'assurer si la maladie s'est développée ou non sous l'influence d'un traitement mercuriel. S'il en était autrement, on aurait égard à la ténacité, à l'épaisseur, à l'aspect souvent gangréneux de la pseudo-membrane diphthéritique.

## TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

### 1° *Signes positifs de la stomatite couenneuse épidémique.*

Apparition sur les gencives d'une exsudation grisâtre, molle, se détachant par lambeaux.

Membrane muqueuse violacée, ramollie, saignant au moindre contact.

A la face interne des joues, apparition d'un point blanc qui s'étend rapidement pour former des plaques irrégulières.

Couches pseudo-membraneuses de couleur variable, d'aspect gangréneux, se détachant par lambeaux, et facilement remplacées par d'autres couches.

Guérison sans destruction des tissus.

### 2° *Signes distinctifs de la stomatite couenneuse et de la stomatite gangréneuse profonde.*

| STOMATITE COUENNEUSE. | STOMATITE GANGRÉNEUSE PROFONDE OU CHARBONNEUSE. |
|---|---|
| *Saillie* formée par l'exsudation membraniforme. | Saillie sur la muqueuse, *nulle* ou peu considérable. |
| Des *lambeaux* se détachent et sont facilement remplacés. | Détritus sanieux, *point de lambeaux*. |
| *Plaques* irrégulières, jaunâtres et molles. | *Couleur livide* et noire de la peau de la joue. |
| Membrane muqueuse au-dessous *peu profondément* altérée. | Muqueuse et parties sous-jacentes *profondément* altérées; destruction des parties molles, et même des os. |

### 3° *Signes distinctifs de la stomatite couenneuse et de la stomatite mercurielle.*

| STOMATITE COUENNEUSE. | STOMATITE MERCURIELLE. |
|---|---|
| *Commémoratifs* : Pas de traitement mercuriel. | *Commémoratifs* : Traitement mercuriel. |
| *Larges plaques* pseudo-membraneuses, épaisses, adhérentes, pouvant se détacher par *lambeaux*. | Exsudation blanchâtre, boueuse, s'échappant *en grumeaux* dans la salive. |
| *Dents* moins facilement ébranlées. | *Dents* plus facilement ébranlées. |

On voit que ce diagnostic ne consiste que dans des nuances; mais, nous le répétons, il n'est presque jamais nécessaire de le porter, et, dans le cas où il en est ainsi, ces nuances sont suffisantes.

*Pronostic.* — Nous avons vu que la stomatite couenneuse, lors même qu'elle se manifeste sous forme épidémique, se termine ordinairement par la guérison. Deux circonstances peuvent empêcher une terminaison favorable : la première est l'extension de l'inflammation couenneuse aux parties voisines de la cavité buccale; la seconde est le passage de la maladie à une variété plus grave, c'est-à-dire à la gan-

grène profonde des parties : c'est là du moins l'opinion de M. Taupin, qui a vu plusieurs cas de ce genre. Il en résulte que cette affection doit être regardée comme sérieuse, et qu'on doit se hâter de l'attaquer par tous les moyens connus.

La stomatite pseudo-membraneuse, qui survient dans le cours d'une autre maladie, n'est pas grave par elle-même; mais son apparition annonce un haut degré de gravité de l'affection qu'elle vient compliquer.

### § VII. — Traitement.

M. Taupin, qui a étudié avec attention les causes des diverses espèces de stomatites graves, a divisé le traitement en *prophylactique* et en *curatif*. Les autres auteurs, au contraire, ne se sont guère occupés que des moyens directs opposés à la maladie. Suivons donc M. Taupin dans son exposition du traitement prophylactique.

*Traitement prophylactique.* — On détruira, autant que possible, les conditions hygiéniques qui y exposent les sujets, et pour cela, on tiendra habituellement ceux-ci dans un lieu sec bien aéré; on leur donnera une nourriture saine et abondante, des vêtements chauds et secs; des médicaments toniques, si leur constitution est très affaiblie. En outre, il faudra arracher les dents cariées et entretenir une grande propreté de ces parties chez ceux qui ont des abcès, des plaies, des fistules de la cavité buccale. On hâtera la cicatrisation de ces plaies par des injections astringentes et des cautérisations. Nous devrons rappeler ce traitement préservatif à l'article *Stomatite gangréneuse.*

*Traitement curatif.*—Par suite de sa manière de voir sur les différentes espèces de stomatites qui viennent d'être décrites, M. Taupin a naturellement exposé un traitement qui s'applique à toutes les variétés. Nous nous contenterons ici d'exposer les moyens qu'il faut opposer à la stomatite couenneuse en particulier, renvoyant aux articles suivants pour de plus grands détails.

M. Bretonneau a démontré que cette maladie n'était nullement de nature scorbutique, et que par conséquent il est inutile de prodiguer les *antiscorbutiques*, et en particulier les acides, comme on l'a fait souvent. Pour lui, il n'est qu'une seule médication réellement efficace : c'est la *médication topique*. On peut voir à ce sujet ce que nous avons dit plus haut relativement à ces moyens.

Nous ajouterons seulement ici que M. Bretonneau emploie de préférence la *cautérisation par l'acide hydrochlorique pur*, pratiquée avec un pinceau. On y a recours deux fois dans l'espace de quarante-huit heures, si la maladie ne s'est montrée que depuis peu de jours, et « la guérison, dit cet auteur, ne tarde pas à être obtenue, sans qu'il soit besoin de recourir à de nouvelles applications. Dans les cas où la maladie a duré plus longtemps, elle est plus rebelle. Il faut alors suspendre, et reprendre alternativement les applications d'acide; car si elles étaient trop multipliées, on tomberait dans l'inconvénient d'une cautérisation trop profonde. »

Le traitement topique, ajoute ce médecin, exige quelques attentions particulières pour les gencives, l'inflammation pelliculaire occupant ordinairement leur bord anguleux et la sertissure des dents.

« Il faut alors, à l'aide de morceaux de papier roulés, faire pénétrer l'acide dans

chaque interstice, et le mettre en contact avec tous les points affectés. Un pinceau de linge ou un morceau d'éponge suffit pour toucher les surfaces moins sinueuses. Si ces précautions sont négligées, il n'est pas rare qu'après plusieurs jours de guérison apparente, la stomatite couenneuse vienne à reparaître. »

Le *nitrate d'argent* peut aussi très bien servir à la cautérisation. Il faut employer une solution concentrée, par exemple 1 gramme 15 sur 15 *grammes d'eau*, et l'appliquer de la même manière que l'acide hydrochlorique.

Quant aux *gargarismes astringents* et *toniques*, ils ne diffèrent pas de ceux qui ont été indiqués à l'article *Stomatite mercurielle*. Nous nous bornerons à en indiquer un qui a été employé par le docteur Herz, dans un cas cité par Selle (1) :

℞ Sulfate de zinc........................ 2 gram.

Dissolvez dans :

Eau commune........................ 180 gram.

Ajoutez :

Miel rosat........................ 30 gram.

Lavez, toutes les quatre heures, la bouche avec un linge imbibé de cette solution.

M. Guépratte (2) recommande, comme désinfectant complétement la bouche, l'emploi de la poudre suivante :

℞ Quinquina pulvérisé........ 4 gram.
Chlorure de chaux......... 2 gram.
Poudre de charbon............ 2 gram.

Mêlez. Insufflez cette poudre avec un tuyau de plume, ou portez-la avec une spatule sur le point altéré.

Les *toniques*, pris à l'intérieur, les *amers*, et, dès que les malades peuvent faire usage d'une nourriture un peu substantielle, un régime analeptique, complètent le traitement.

## ARTICLE VII.

### STOMATITE ULCÉREUSE.

*Stomatite ulcéreuse*. — On ne trouve dans les auteurs rien de précis sur l'affection à laquelle on doit donner exclusivement le nom de stomatite ulcéreuse.

La description se trouve confondue dans celle des autres stomatites. Il n'en est qu'une seule espèce, le chancre syphilitique de la bouche, qui ait attiré à un certain degré l'attention des médecins ; encore faut-il remarquer que les syphiliographes n'ont point étudié spécialement le chancre de la cavité buccale, mais bien le chancre en général, en se bornant à signaler la possibilité de son apparition dans la bouche. On conçoit bien néanmoins que l'état des parties pourrait avoir une influence plus ou moins marquée sur l'apparition, le développement, la durée et

(1) *Beiträge zur Natur und Artz*, t. I, p. 135.
(2) *La Clinique de Montpellier*, 1844.

les autres principales circonstances de ce symptôme syphilitique. Ce serait donc là un sujet de recherches qui pourrait présenter de l'intérêt.

Avant de commencer l'histoire de la stomatite ulcéreuse, il faut bien déterminer les limites qui doivent être assignées à cette affection. Nous avons vu que plusieurs des stomatites précédemment décrites offrent des ulcérations plus ou moins profondes. On pourrait donc penser que leur description eût été mieux placée ici. Mais il faut remarquer que dans ces stomatites, telles que la stomatite couenneuse et la stomatite aphtheuse, l'ulcère n'est pas le caractère essentiel de la maladie; c'est une lésion qu'on peut regarder comme le résultat d'une autre lésion antérieure et plus importante, et qui n'ajoute rien de particulier à l'affection. Dans celle que nous allons étudier, au contraire, l'ulcère est la lésion capitale, sinon unique; on peut même dire que, dans la plupart des cas, c'est lui qui constitue à peu près toute la maladie.

On peut diviser la stomatite ulcéreuse en deux espèces distinctes, suivant sa nature. Dans l'une, la maladie est simple, elle n'est point due à un virus particulier : c'est la *stomatite ulcéreuse simple*. Dans l'autre, la présence d'une cause spécifique est évidente; cette cause est le virus syphilitique. On pourrait la nommer *stomatite ulcéreuse syphilitique*, dénomination qui comprendrait les chancres primitifs et les ulcères consécutifs; mais le nom de *chancre de la bouche* est généralement adopté.

On voit que nous ne disons rien d'une espèce de stomatite ulcéreuse qui cependant est très importante : c'est la stomatite ulcéreuse qui se termine par la gangrène; mais dans cette dernière il est évident, ainsi que l'a démontré M. Taupin, que, malgré sa forme ulcéreuse, l'affection n'est en réalité autre chose qu'une gangrène, et c'est par conséquent dans la description de la gangrène de la bouche qu'il faudra la faire entrer. Nous n'aurons point à parler non plus des ulcères scorbutiques, qui ne sont qu'un symptôme, et qui ont été décrits ailleurs (1). Nous en disons autant des ulcères nombreux qui se forment dans la salivation mercurielle (2).

### § I. — Définition.

En résumé, nous réservons le nom de *stomatite ulcéreuse* à une maladie qui consiste uniquement dans la production d'ulcères, en dehors de toute complication, et, par conséquent, il ne doit être question dans cet article que des ulcères simples qui existent rarement et des ulcères syphilitiques.

Il serait à désirer que la question fût étudiée, sous ce point de vue, par des observateurs qui pourraient rassembler un assez grand nombre de faits propres à éclairer plusieurs points obscurs qui s'y rattachent. En attendant, exposons le petit nombre de renseignements qui nous sont fournis par les auteurs.

### § II. — Causes.

Nous sommes fort peu instruit sur les causes de la *stomatite ulcéreuse simple*. Il semble, d'après le petit nombre d'observations que nous possédons, qu'elle

(1) Voy. art. *Scorbut*.
(2) Voy. *Stomatite mercurielle*, ci-après.

partient presque exclusivement à la première enfance. Parmi un grand nombre 'auteurs que nous avons consultés, Billard (1) est le seul qui lui ait consacré un ticle particulier ; or c'est chez des enfants très jeunes qu'il observait. Nous avons alement trouvé, chez les enfants nouveau-nés, une ulcération souvent profonde e la muqueuse buccale. Nous en avons déjà dit un mot dans l'article *Muguet*, aladie dans laquelle cette ulcération se rencontre bien plus fréquemment que ans toutes les autres. Aux autres *âges*, il est fort rare de voir un ulcère se déve-pper dans la bouche, à moins qu'on n'en trouve la cause dans l'abus du mer-ure, le scorbut, un cancer de la bouche, la syphilis, etc. On a vu quelque-is des excoriations se manifester au voisinage des dents cariées, présentant s aspérités, ou surchargées de tartre ; mais le plus souvent aussi, dans ces cas, se produit une stomatite érythémateuse, ou bien, dans quelques conditions par-culières de l'organisme, une stomatite gangréneuse ou couenneuse. D'un autre té, l'ulcère de la bouche se montre assez souvent sur la face interne de la joue, ns qu'on trouve, dans l'état des dents correspondantes, rien qui puisse avoir usé son apparition. Nous ne parlons point ici des *matières caustiques*, des *liqui-es bouillants* qui peuvent déterminer une brûlure profonde de la cavité buccale, t par suite une solution de continuité plus ou moins étendue. Pour que l'on pût dmettre, en pareil cas, l'existence d'une stomatite ulcéreuse, il faudrait qu'au lieu e tendre à se cicatriser très promptement comme cela a ordinairement lieu, l'ul-cération qui résulterait de la brûlure prît, par une cause interne quelconque, un ccroissement marqué, soit en largeur, soit en profondeur.

La cause du *chancre de la bouche* est évidente ; seulement il faut distinguer elle qui a produit l'ulcère par contact direct, de celle qui résulte de l'infection énérale de l'économie. C'est sur cette distinction qu'on s'est fondé pour diviser e chancre de la bouche en *primitif* et en *consécutif*. Sous ce rapport, du reste, e qui se passe du côté de la bouche ne diffère en rien de ce que l'on observe sur es autres muqueuses.

Disons seulement que M. Ricord (2) a établi que l'*érosion de la muqueuse*, qui avorise à un si haut point l'absorption du virus en quelque endroit qu'il soit dé-osé, doit être recherchée avec soin quand il s'agit de la bouche, parce que cette irconstance rend compte de quelques particularités d'étiologie très importantes.

### § III. — Symptômes.

Les symptômes de la stomatite ulcéreuse simple n'ont point été exposés avec oin, par les raisons indiquées plus haut. Tout ce que nous savons, c'est que me *rougeur* plus ou moins vive, un *gonflement* ordinairement médiocre, limités à n ou plusieurs points de la bouche, sont suivis soit d'une *excoriation superficielle*, ui gagne ensuite en profondeur, soit d'un *ramollissement* qui occupe tout d'abord me assez grande épaisseur des parties molles, et qui occasionne la destruction de es parties, après la chute desquelles il reste un *ulcère* irrégulièrement arrondi, à ond blanchâtre, à bords rouges et plus ou moins douloureux.

(1) *Traité des maladies des enfants*, 2e édit., p. 231.
(2) *Lettres sur la syphilis* (*Union médicale*, 1850).

Le ramollissement de la muqueuse a été principalement observé chez les enfants très jeunes. M. Denis (1) et Billard en ont cité plusieurs exemples. Le *siége* ordinaire de ces derniers ulcères est le frein de la langue et la voûte palatine. Dans cette dernière partie, c'est ordinairement le long de la ligne médiane que se produit le ramollissement. Il est alors oblong, et pénètre souvent à une telle profondeur, que la membrane fibreuse peut être mise à découvert. On a vu des ulcères se montrer néanmoins dans d'autres parties de la bouche. Billard (2) cite une observation dans laquelle l'ulcère occupait la base de la langue. Il est plus rare de l'observer à la face interne des joues, où la stomatite ulcéreuse se présente ordinairement avec des caractères qui démontrent sa nature gangréneuse.

J'ai rangé ces derniers cas dans la stomatite simple, mais c'est uniquement sous le point de vue de la nature des ulcères qui sont dus à une simple inflammation, car je ne connais pas d'exemple de stomatite de cette espèce qui se soit montrée autrement que comme complication d'une affection plus générale et plus grave. Chez les jeunes enfants, c'est, comme je l'ai dit plus haut, dans le muguet qu'on voit apparaître cette stomatite. *Chez les adultes*, les choses ne se passent pas ordinairement ainsi. M. Louis a observé qu'après l'âge de quinze ans, la stomatite ulcéreuse a pour siége de prédilection la face interne de la joue, à sa partie postérieure, dans le point le plus rapproché des gencives ; et alors, comme je l'ai dit plus haut, il n'est pas rare de trouver les dents correspondantes parfaitement saines.

On sait que dans cette affection il existe de la *douleur;* mais le défaut de descriptions particulières nous empêche de dire quelles sont la forme et la nature de cette douleur.

L'haleine présente dans la stomatite ulcéreuse une *fétidité* constante. Je me contente de mentionner ce symptôme, parce qu'il est commun à toutes les stomatites, moins celle qui consiste dans quelques aphthes discrets, et qu'elle ne présente rien de particulier dans la maladie qui nous occupe.

Quant aux *accidents généraux* auxquels pourrait donner lieu une stomatite de ce genre, les faits sont entièrement muets sur ce point.

J'ai dit que le *chancre syphilitique* n'a point été décrit d'une manière particulière par les auteurs. En faut-il conclure qu'il ne présente aucune particularité? C'est, je le répète, ce que nous ne pourrons savoir que quand l'observation se sera exercée sur ce sujet.

On sait que le chancre primitif se développe principalement sur la face interne des lèvres, près de leur bord libre, parce que ces parties sont mises plus souvent en contact avec le point où s'est développé le virus vénérien. Cependant on en a trouvé dans toutes les parties de la bouche et à toutes les profondeurs. Ce chancre *débute-t-il*, comme celui de la verge, par une pustule dont la rupture est suivie de l'ulcération ? C'est ce qui n'a point été déterminé par les observateurs. Ils nous ont appris seulement que le chancre pouvait se développer, comme ailleurs, avec les diverses formes qui lui sont propres. Ainsi on y a trouvé le *chancre à base indurée* et le *chancre sans induration*, le *chancre serpigineux*, etc. Cependant on

(1) *Recherches anat.-pathol. sur les maladies des enfants.* Paris, 1826, in-8.
(2) *Loc. cit.*, p. 231.

appartient presque exclusivement à la première enfance. Parmi un grand nombre d'auteurs que nous avons consultés, Billard (1) est le seul qui lui ait consacré un article particulier ; or c'est chez des enfants très jeunes qu'il observait. Nous avons également trouvé, chez les enfants nouveau-nés, une ulcération souvent profonde de la muqueuse buccale. Nous en avons déjà dit un mot dans l'article *Muguet*, maladie dans laquelle cette ulcération se rencontre bien plus fréquemment que dans toutes les autres. Aux autres *âges*, il est fort rare de voir un ulcère se développer dans la bouche, à moins qu'on n'en trouve la cause dans l'abus du mercure, le scorbut, un cancer de la bouche, la syphilis, etc. On a vu quelquefois des excoriations se manifester au voisinage des dents cariées, présentant des aspérités, ou surchargées de tartre ; mais le plus souvent aussi, dans ces cas, il se produit une stomatite érythémateuse, ou bien, dans quelques conditions particulières de l'organisme, une stomatite gangréneuse ou couenneuse. D'un autre côté, l'ulcère de la bouche se montre assez souvent sur la face interne de la joue, sans qu'on trouve, dans l'état des dents correspondantes, rien qui puisse avoir causé son apparition. Nous ne parlons point ici des *matières caustiques*, des *liquides bouillants* qui peuvent déterminer une brûlure profonde de la cavité buccale, et par suite une solution de continuité plus ou moins étendue. Pour que l'on pût admettre, en pareil cas, l'existence d'une stomatite ulcéreuse, il faudrait qu'au lieu de tendre à se cicatriser très promptement. comme cela a ordinairement lieu, l'ulcération qui résulterait de la brûlure prît, par une cause interne quelconque, un accroissement marqué, soit en largeur, soit en profondeur.

La cause du *chancre de la bouche* est évidente ; seulement il faut distinguer celle qui a produit l'ulcère par contact direct, de celle qui résulte de l'infection générale de l'économie. C'est sur cette distinction qu'on s'est fondé pour diviser le chancre de la bouche en *primitif* et en *consécutif*. Sous ce rapport, du reste, ce qui se passe du côté de la bouche ne diffère en rien de ce que l'on observe sur les autres muqueuses.

Disons seulement que M. Ricord (2) a établi que l'*érosion de la muqueuse*, qui favorise à un si haut point l'absorption du virus en quelque endroit qu'il soit déposé, doit être recherchée avec soin quand il s'agit de la bouche, parce que cette circonstance rend compte de quelques particularités d'étiologie très importantes.

### § III. — Symptômes.

Les symptômes de la stomatite ulcéreuse simple n'ont point été exposés avec soin, par les raisons indiquées plus haut. Tout ce que nous savons, c'est que une *rougeur* plus ou moins vive, un *gonflement* ordinairement médiocre, limités à un ou plusieurs points de la bouche, sont suivis soit d'une *excoriation superficielle*, qui gagne ensuite en profondeur, soit d'un *ramollissement* qui occupe tout d'abord une assez grande épaisseur des parties molles, et qui occasionne la destruction de ces parties, après la chute desquelles il reste un *ulcère* irrégulièrement arrondi, à fond blanchâtre, à bords rouges et plus ou moins douloureux.

(1) *Traité des maladies des enfants*, 2e édit., p. 231.
(2) *Lettres sur la syphilis* (*Union médicale*, 1850).

Le ramollissement de la muqueuse a été principalement observé chez les ( très jeunes. M. Denis (1) et Billard en ont cité plusieurs exemples. Le *siég* naire de ces derniers ulcères est le frein de la langue et la voûte palatine. cette dernière partie, c'est ordinairement le long de la ligne médiane que : duit le ramollissement. Il est alors oblong, et pénètre souvent à une telle | deur, que la membrane fibreuse peut être mise à découvert. On a vu des se montrer néanmoins dans d'autres parties de la bouche. Billard (2) ci observation dans laquelle l'ulcère occupait la base de la langue. Il est plus l'observer à la face interne des joues, où la stomatite ulcéreuse se présente ( rement avec des caractères qui démontrent sa nature gangréneuse.

J'ai rangé ces derniers cas dans la stomatite simple, mais c'est uniquem le point de vue de la nature des ulcères qui sont dus à une simple inflam car je ne connais pas d'exemple de stomatite de cette espèce qui se soit ı autrement que comme complication d'une affection plus générale et plu Chez les jeunes enfants, c'est, comme je l'ai dit plus haut, dans le muguet voit apparaître cette stomatite. *Chez les adultes*, les choses ne se passent p nairement ainsi. M. Louis a observé qu'après l'âge de quinze ans, la st ulcéreuse a pour siége de prédilection la face interne de la joue, à sa parti rieure, dans le point le plus rapproché des gencives ; et alors, comme je plus haut, il n'est pas rare de trouver les dents correspondantes parfa saines.

On sait que dans cette affection il existe de la *douleur;* mais le défaut criptions particulières nous empêche de dire quelles sont la forme et la na cette douleur.

L'haleine présente dans la stomatite ulcéreuse une *fétidité* constante. contente de mentionner ce symptôme, parce qu'il est commun à toutes les tites, moins celle qui consiste dans quelques aphthes discrets, et qu'elle ne p rien de particulier dans la maladie qui nous occupe.

Quant aux *accidents généraux* auxquels pourrait donner lieu une stom ce genre, les faits sont entièrement muets sur ce point.

J'ai dit que le *chancre syphilitique* n'a point été décrit d'une manière ı lière par les auteurs. En faut-il conclure qu'il ne présente aucune partic C'est, je le répète, ce que nous ne pourrons savoir que quand l'observation exercée sur ce sujet.

On sait que le chancre primitif se développe principalement sur la face des lèvres, près de leur bord libre, parce que ces parties sont mises plus ı en contact avec le point où s'est développé le virus vénérien. Cependant o trouvé dans toutes les parties de la bouche et à toutes les profondeurs. Ce c *débute-t-il*, comme celui de la verge, par une pustule dont la rupture est su l'ulcération ? C'est ce qui n'a point été déterminé par les observateurs. I ont appris seulement que le chancre pouvait se développer, comme ailleur les diverses formes qui lui sont propres. Ainsi on y a trouvé le *chancre indurée* et le *chancre sans induration*, le *chancre serpigineux*, etc. Cepend

(1) *Recherches anat.-pathol. sur les maladies des enfants.* Paris, 1826, in-8.
(2) *Loc. cit.*, p. 231.

nt cité de faits bien authentiques de *chancres phagédéniques* dans l'intérieur avité buccale. On sait qu'il est très important, et M. Ricord a mis ce fait doute, de rechercher s'il existe ou non une induration à la base du chancre; est un point sur lequel nous reviendrons plus longuement quand nous au- parler des chancres des parties génitales.

raît, d'après les observations, que, dans cet ulcère de la bouche, la *dou-* t plus vive que dans les autres. Elle l'est surtout beaucoup plus lorsque le occupe la surface de la langue. Le contact des corps durs sur la partie excite vivement cette douleur, et lorsque les chancres sont nombreux, la tion et la parole peuvent être gênées. Il y a en outre un certain degré de *ion.*

*rme* qu'affecte cette espèce d'ulcère est ordinairement la forme arrondie; d est grisâtre, comme demi-transparent, d'un aspect lardacé. Quant aux i c'est un chancre induré, ils sont élevés, durs, et d'un rouge plus ou moins s le cas contraire, ils dépassent peu le niveau du fond de l'ulcère, et pré- un liséré rouge assez tranché. M. Ricord a vu des chancres dont les bords, s, étaient décollés dans une certaine étendue. Mais c'est surtout dans le consécutif qu'on observe cette forme.

*hancre consécutif* se présente avec un aspect différent : ainsi il commence rougeur mal circonscrite, comme diffuse, sombre, avec un gonflement re et une gêne de la partie affectée plutôt qu'une douleur vive. Cet état peut ssez longtemps. Puis, vers le milieu de cette rougeur, on voit les tissus se r, s'ulcérer, et donner lieu à une perte de substance moins régulière que édente. Cet ulcère a un fond grisâtre ou jaunâtre irrégulier, présentant une de détritus, et ses bords, médiocrement élevés, conservent la rougeur pri- qui s'étend toujours assez loin.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

*arche* des diverses stomatites ulcéreuses qui viennent d'être décrites est ite suivant les cas; mais on peut dire, d'une manière générale, que la sto- ulcéreuse simple et le chancre syphilitique primitif tendent naturellement à risation au bout d'un certain temps. Il n'en est pas de même du chancre tif qui, si on ne l'arrête par des moyens appropriés, fait des progrès lents, ntinus, et peut détruire ainsi une grande étendue des parties molles. Nous des exemples frappants de cette destruction dans la *palatite ulcéreuse* de la nature. La marche de la maladie présente encore quelques particularités. On M. Ricord a divisé la marche du chancre en trois périodes, qui sont : la de progrès, la période d'état et la période de réparation. Nous indique- s caractères qu'il a assignés à ces trois périodes, quand nous traiterons du syphilitique des parties génitales, où toutes ces questions seront examinées in.

*urée* varie beaucoup suivant les cas : longue dans le chancre consécutif, elle sse pas ordinairement une, deux ou trois semaines dans les autres espèces. *rminaison* de la maladie dépend beaucoup du traitement, du moins pour le syphilitique consécutif; mais comme ce traitement a, dans presque tous

les cas, une influence favorable, on peut dire que cette terminaison est heureuse. Ceci néanmoins ne doit être entendu que de la lésion locale; car, dans les chancres syphilitiques, cette lésion locale n'est pas, à beaucoup près, toute la maladie. On a encore à redouter des suites fâcheuses qu'il est bien souvent très difficile de prévoir. D'après les recherches de M. Ricord, le chancre induré est celui dont on doit le plus craindre les funestes conséquences.

Il est rare que les ulcères laissent des cicatrices visibles dans l'intérieur de la bouche. Nous parlerons de ces cicatrices à l'occasion de la *palatite ulcéreuse*.

### § V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons, relativement aux *lésions anatomiques*, presque rien à ajouter à ce que nous avons dit dans la description des symptômes. Un ramollissement plus ou moins considérable de la muqueuse et des parties sous-jacentes, la destruction de ces parties, une espèce d'infiltration des bords de l'ulcère, voilà principalement ce qu'il importe de considérer. Au reste, nous aurons à y revenir plus tard.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Diagnostic.* — S'il ne s'agissait que de diagnostiquer d'une manière absolue la stomatite ulcéreuse, rien ne serait plus facile. L'ulcère est, en effet, accessible à la vue; mais, comme nous l'avons reconnu, les ulcères de la bouche sont de nature diverse; par conséquent, ce qu'il importe de savoir, c'est à quelle espèce appartient la stomatite.

On distinguera la stomatite ulcéreuse simple, celle qui est due à une simple inflammation de la bouche, du *chancre syphilitique*, par sa forme moins régulière; par l'absence de tout autre signe de maladie vénérienne dans les autres parties du corps, par les commémoratifs, et aussi par la manière dont elle s'est produite. Nous avons vu, en effet, qu'elle était due principalement au ramollissement inflammatoire des parties molles, et, de plus, nous savons qu'elle se manifeste ordinairement, si ce n'est toujours, dans le cours des maladies fébriles, tandis que le chancre se développe, comme chacun sait, en pleine santé.

On distingue la stomatite ulcéreuse, soit simple, soit vénérienne, *des autres ulcères de la bouche*, par les circonstances concomitantes et par les lésions différentes qui caractérisent ces derniers. Dans la *diphthérite*, nous avons vu, il est vrai, se produire des ulcérations plus ou moins nombreuses, mais ces ulcérations sont couvertes d'une couenne se renouvelant avec facilité, et s'étendant à des points où n'existent pas les ulcères.

Dans la *stomatite* ou *salivation mercurielle*, il y a aussi des ulcérations souvent nombreuses; mais en même temps on observe le gonflement parfois considérable des parties; l'exsudation pultacée; le gonflement des glandes salivaires, et la salivation abondante.

Dans le *scorbut*, les ulcères occupent principalement les gencives qui sont gonflées, sanguinolentes, ramollies, dans un état de putridité.

Dans les *aphthes*, la présence d'une vésicule particulière, le peu d'étendue de l'ulcération, son peu de profondeur, suffisent pour faire reconnaître la nature de la maladie.

Enfin, dans la *stomatite gangréneuse*, qui peut aussi se présenter avec la forme ulcéreuse, on observe le gonflement notable des bords de l'ulcère, leur ramollissement rapide, les progrès considérables de la destruction des parties molles, et les signes de la dépression générale qui accompagnent la formation de ces ulcères. Ce diagnostic nous paraît suffisant, et il est inutile de le présenter en tableau.

*Pronostic.* — Nous avons déjà dit implicitement, à l'occasion de la terminaison de la maladie, sur quoi doit être fondé le *pronostic*. Dans la stomatite ulcéreuse simple et le chancre syphilitique primitif, le pronostic est favorable quant à la terminaison de l'affection locale ; l'induration de la base de l'ulcère, dans le chancre primitif, doit faire redouter des accidents consécutifs. Quant au chancre syphilitique consécutif, le pronostic varie suivant que la constitution est plus ou moins altérée, et aussi suivant que le malade se soumet plus ou moins exactement au traitement, ou se livre à des écarts de régime et à des excès de tous genres.

### § VII. — Traitement.

Le *traitement* de la stomatite ulcéreuse ne présente rien de bien particulier quant aux moyens locaux ; aussi devons-nous nous borner à en indiquer les principaux.

Il est rare qu'on soit obligé de recourir aux *émissions sanguines ;* il faut pour cela que les ulcères soient très multipliés, et que l'inflammation qui les environne soit très intense. En pareil cas, c'est aux émissions sanguines locales, aux *sangsues* appliquées à la base de la mâchoire qu'on a ordinairement recours.

Les *gargarismes émollients*, quelquefois légèrement *opiacés*, sont constamment prescrits. Il faut que le malade se gargarise souvent dans la journée pour qu'ils aient un certain effet.

La *cautérisation*, soit avec les acides, soit avec le nitrate d'argent, telle qu'elle a été indiquée plus haut, est un des moyens les plus efficaces pour arrêter l'ulcération ; mais, comme elle ne présente rien de particulier au cas qui nous occupe, il est inutile d'y revenir.

Une question bien plus importante est celle de savoir dans quels cas il faut avoir recours au *traitement mercuriel* ou *ioduré*. Relativement au chancre consécutif la question n'est pas douteuse. Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur ce point, qu'il ne faut pas hésiter à avoir recours à ce traitement dès que l'on aura reconnu la nature de la maladie. Mais nous ne croyons pas devoir entrer dans les détails, ce traitement devant être présenté dans l'histoire des maladies des parties génitales, à laquelle nous renvoyons le lecteur.

Quant au chancre primitif, les opinions sont divisées. Les uns admettant que, dans la production de tout chancre, il y a nécessairement une infection générale, et que, par conséquent, il existe dans l'économie un principe virulent qu'il es toujours important de détruire, veulent que l'on emploie le traitement mercuriel. Cette manière de voir a été récemment défendue avec beaucoup de talent par M. Cazenave (1). Mais d'autres, dont M. Ricord est aujourd'hui le représentant en France, s'appuyant non-seulement sur ce que l'infection générale dans le chancre primitif a été simplement admise par le raisonnement, mais non démontrée par l'expérience, mais encore sur ce que l'observation a prouvé que le traite-

(1) *Traité des syphilides*. Paris, 1843, in-8.

ment mercuriel, dont les inconvénients possibles sont connus, est souvent insuffisant pour prévenir les accidents consécutifs, veulent que le chancre de cette espèce ne soit traité que localement, se réservant d'attaquer la syphilis constitutionnelle lorsqu'elle se sera manifestée par des symptômes non douteux. Cette dernière manière d'agir n'ayant point d'inconvénients réels, nous croyons qu'on peut l'imiter, quel que soit d'ailleurs l'opinion qu'on se forme sur la production du chancre.

Dans ces derniers temps, de nombreuses observations ont prouvé l'efficacité de l'*iodure de potassium* dans la syphilis constitutionnelle. Il est bon, par conséquent, d'indiquer ici une formule que l'on puisse suivre. M. Ricord propose le gargarisme suivant :

| | |
|---|---|
| ℞ Eau distillée............ 250 gram. | Teinture d'iode.............. 4 gram. |
| Iodure de potassium...... 1 gram. | |

Pour se gargariser quatre ou cinq fois par jour.

M. Ricord a cité des cas dans lesquels des ulcères, qui avaient résisté pendant plusieurs mois à l'action du mercure, se sont cicatrisés en moins de quinze jours sous l'influence de ce moyen. Cependant il est important de ne pas s'en tenir à cette simple application externe de l'iodure de potassium, il faut administrer cette substance à l'intérieur, et voici encore une formule de M. Ricord :

| | |
|---|---|
| ℞ Infusion de saponaire....... 1 kilogr. | Sirop de sucre................ 60 gram. |
| Iodure de potassium....... 2 gram. | |

A boire dans la journée.

On pourra ne commencer le traitement que par une dose moitié moindre d'iodure de potassium ; mais, ainsi que l'a remarqué M. Ricord, on peut facilement élever la dose de cette substance à 8 *ou* 9 *grammes*, et presque tous les malades, après quelques jours, peuvent en prendre 4 *ou* 5 *grammes*. C'est au médecin à graduer les doses suivant les cas.

Dans les cas où les parties ulcérées prennent un aspect gangréneux, MM. les docteurs Hunt (1) et Romberg (2) prescrivent l'*hydrochlorate de potasse* de la manière suivante :

℞ Hydrochlorate de potasse. 0,90 gram. | Liquide édulcoré........... 90 gram.

Dose : une cuillerée à bouche trois fois par jour.

Le premier cite à l'appui trois observations prises chez des enfants de deux à quatre ans, chez lesquels cette médication a eu un plein succès.

Dans le traitement de la stomatite ulcéreuse, le *régime* doit être doux et léger ; il faut s'abstenir des boissons alcooliques et des mets épicés. Quand l'ulcère est très enflammé, les malades en sont réduits à ne prendre que des aliments demi-liquides. Quelques *laxatifs*, pour entretenir la liberté du ventre, complètent ce

(1) *Schmidt's Jahrb.*, t. LXVII, et *Archives générales de médecine*, septembre 1851.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, 30 octobre 1851.

tement, qui, sous le rapport des ulcères syphilitiques, sera beaucoup plus développé ailleurs.

Il est à craindre, pour la clarté des descriptions et la netteté des classifications nosographiques, que les auteurs qui ont entrepris depuis plusieurs années de représenter la science classique n'aient confondu les unes avec les autres plusieurs maladies qui devaient être distinguées, ou n'aient décrit séparément des formes différentes d'une même maladie. Y a-t-il lieu de considérer comme tout à fait distinctes l'une de l'autre la stomatite ulcéreuse et la stomatite gangréneuse? Telle n'est pas l'opinion d'un médecin qui a publié récemment une excellente monographie de la stomatite ulcéreuse des soldats (1). Grâce au travail de cet observateur distingué, l'obscurité qui régnait sur cette question de la stomatite ulcéreuse, et dont se plaignait à juste titre Valleix, a en grande partie disparu. Aussi puiserons-nous de nombreux renseignements à cette source. Pour M. Bergeron, la *stomatite ulcéreuse* ne diffère pas de celle qui a été observée particulièrement chez les enfants, et décrite par quelques auteurs comme une affection gangréneuse, sous les noms de *stomacace*, *gangrène scorbutique des gencives*, *érosion gangréneuse des joues*, *stomatite gangréneuse*, que d'autres ont considérée comme étant de nature *diphthéritique*, à laquelle d'autres encore ont donné le nom de *stomatite ulcéro-membraneuse*. Cependant, suivant M. Bergeron, la stomatite ulcéreuse n'est positivement ni une affection gangréneuse, ni une diphthérite, ni un scorbut.

Cet auteur a observé dans des conditions déterminées, et pendant une épidémie. Son opinion a été établie d'après un nombre considérable d'observations. Quoique ce soit dans les hôpitaux militaires que la maladie ait été suivie et décrite, il n'en est pas moins facile de voir qu'elle n'avait rien qui pût faire croire qu'elle fût absolument nouvelle, ou qu'elle ne pût atteindre que les hommes réunis dans les conditions où se trouvent habituellement les soldats. Cette maladie existe donc et se montre sur divers points du globe, atteignant soit les adultes, soit les enfants qui y semblent plus prédisposés, et régnant surtout à l'état d'épidémie. Elle est spécifique, contagieuse, et caractérisée surtout, en tant que lésion anatomique, par des ulcérations dans la bouche, avec salivation abondante, fétidité extrême de l'haleine et engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Il existe dans la littérature médicale des armées un grand nombre de récits d'épidémies de cette maladie, observés depuis le commencement de ce siècle. Desgenettes, Larrey, Montgarni, ont décrit ces épidémies. Plus près de nous, de semblables études ont été faites par un certain nombre de chirurgiens militaires, parmi lesquels nous citerons MM. Caffort (2), Payen et Gourdon (3), Léonard Malapert, Brée et Louis Bergeron, de l'hôpital de Corte.

*Étiologie.* — La stomatite ulcéreuse s'est montrée dans des conditions identiques à celles au milieu desquelles on a vu se produire les épidémies de typhus, de fièvre typhoïde et autres maladies infectieuses que semble engendrer l'encombrement. On a vu, du reste, la stomatite ulcéreuse régner en même temps que le typhus ou la fièvre typhoïde. Plusieurs auteurs, parmi lesquels M. Malapert, dont le mémoire sur ce sujet est consigné dans le tome LXV des *Mémoires de médecine*

(1) Bergeron, *Stomatite ulcéreuse des soldats*. Paris, 1859.
(2) *Archives de médecine*, t. XXVIII, p. 56.
(3) *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XXVIII,

*et de pharmacie militaires*, ont constaté nettement cet effet de l'accumulation d'un grand nombre d'hommes dans un étroit espace, et institué des observations comparatives aussi probantes que possible. Aussi ces auteurs ont-ils éveillé à cet égard la sollicitude de l'administration de la guerre, réclamant contre les conditions insalubres que présentent certains bâtiments, casernes ou casemates servant à loger les soldats.

La fatigue, l'épuisement, la mauvaise nourriture, jouent un certain rôle parmi les causes prédisposantes de cette maladie.

*Infection, contagion, inoculation.*—La question d'infection ne peut être résolue que par l'affirmative, et ce caractère de la maladie n'a jamais été mis en doute. La contagion a été plus difficilement admise, et ici comme dans tous les cas où les questions de doctrine interviennent, il s'est rencontré des esprits prévenus ou timides qui se sont refusés à l'évidence, ou qui, constatant le fait, ont cherché dans une combinaison de leur réserve avec l'évidence du fait, un moyen terme qui s'est traduit sous les noms d'*infection*, *affection épidémique*. D'autres ont discuté pour savoir si le mal se transmettait par l'intermédiaire du milieu ou par le contact direct. Pour nous, qui pensons que la science ni la pratique n'ont rien à gagner à ces réticences et à ces subtilités, nous dirons que la maladie est contagieuse, et qu'il convient d'isoler les gens qui en sont atteints, l'expérience ayant montré qu'un homme malade suffit pour faire rayonner autour de lui la maladie infectieuse dont il est fatalement le propagateur, quel que soit, du reste, le mode de propagation. Les médecins militaires évitent de faire toucher aux personnes saines les objets ayant servi aux malades.

M. Bergeron, mettant courageusement en pratique un précepte que des écrivains hardis proposent, a tenté de s'inoculer à lui-même la stomatite ulcéreuse, et l'on voit, par le récit très circonstancié qu'il donne de quelques accidents qui se sont montrés dans la bouche à la suite de cette inoculation, que cette expérience a été à peu près concluante. Quant à la contagion par le fait de la cohabitation, elle est surabondamment prouvée.

Parmi les conditions générales de milieu qui peuvent être considérées comme cause indirecte de cette maladie, il faut noter la température élevée. C'est principalement dans la saison d'été et dans les climats chauds que l'on a observé la stomatite ulcéreuse.

La maladie affecte surtout les jeunes sujets.

*Symptômes.* — La stomatite ulcéreuse est quelquefois précédée de symptômes consistant en un malaise qui se montre plusieurs jours avant le début ; d'autres fois l'affection locale de la bouche se produit d'emblée. Il y a au début chaleur de la bouche ; puis les ulcérations se montrent rapidement, avec salivation abondante, fétidité de l'haleine, engorgement des ganglions ; l'ulcération paraît se faire par destruction, eschare de la membrane muqueuse. Il y a généralement de la fièvre. Dans la forme aiguë, la maladie dure environ quinze jours. Cependant elle peut affecter une marche chronique, et se prolonger pendant plusieurs semaines. Les récidives sont fréquentes.

Les *lésions locales* ont été bien étudiées, surtout par M. Caffort, lequel a montré qu'entre la rougeur inflammatoire et l'ulcération, il y avait une pustule dont la rupture amenait l'ulcération.

Les parties affectées sont, par ordre de fréquence, les gencives, les joues, le voile palais, les amygdales, la muqueuse des lèvres et la langue.
Suivant M. Bergeron, c'est le plus souvent aux gencives des incisives de la mâchoire inférieure que se montrent les ulcérations. Elles contiennent un mélange pus, de sang et de tartre. M. Bergeron insiste sur ce fait singulier et caractéristique que, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, lorsqu'il le des ulcérations pariétales, ce n'est que d'un seul côté.
Voici comment cet auteur décrit le produit de l'ulcération : « Lorsque l'exsudajaune du début disparaît rapidement et se détache d'une seule pièce, on trouve dessous d'elle une ulcération circulaire, dont les bords, taillés à pic, font un relief au-dessus de la muqueuse; ils sont rouges en général, mais quelquegrisâtres. A cette période, tantôt le fond de l'ulcération est d'une teinte grise me; tantôt, et c'est le cas le plus commun, il est parsemé de petites granula- d'un rouge vif ou violacé. L'ulcération peut s'étendre et se creuser en conmt ces mêmes caractères, passer par la période d'état et se réparer, sans offrir son état anatomique des modifications autres. Lorsque l'ulcération devient le d'une inflammation plus vive, ses bords se tuméfient, mais d'une manière le; ils prennent une teinte rouge ou livide, et la muqueuse s'injecte à leur dans une étendue variable. Cet état fluxionnaire ne s'étend jamais à toute la queuse buccale. »
ans un grand nombre de cas, l'ulcération se recouvre d'une fausse membrane, lu moins d'un tissu blanchâtre, mou, résistant, très adhérent, qui s'élimine à peu et qui pourrait bien n'être pas un produit albumino-fibrineux, mais être éalité une légère escharc. On voit que rien ne ressemble moins à la diphthérite. 'y a jamais, en pareil cas, d'ulcération très profonde, de vaste sphacèle, et rien t comparable ici à ce qui a lieu dans le cas de gangrène scorbutique.
*'erminaison.* — Suivant M. Bergeron, la terminaison constante de la stomatite reuse est la guérison; cependant cet auteur fait avec raison ses réserves à l'enit des complications ou de certaines constitutions médicales qui pourraient nger en stomatites gangréneuses des stomatites ulcéreuses simples.
*'raitement.* — Voici comment M. Bergeron propose d'instituer le traitement, rès l'expérience : dans la forme aiguë, si à l'état fébrile se joignent des signes iifestes de ce qu'on appelle l'état saburral, l'emploi du vomitif est nettement qué, et il devra précéder de quelques heures ou d'un jour au plus l'adminison du chlorate de potasse, à la dose de 4 grammes. Si, au bout de sept jours, avail de réparation s'arrête, il faut porter la dose de chlorate à 6 grammes. Si ine amélioration ne se produit, il faut appliquer chaque jour sur les surfaces rées un peu de chlorure de chaux, dont l'action est beaucoup plus rapide que : de l'acide chlorhydrique ou du nitrate d'argent.
e chlorate de potasse sera pris à l'intérieur, dans une potion gommeuse, à la indiquée plus haut.
n peut également toucher, avec une forte solution de chlorate de potasse, les rations, et employer cette solution en gargarismes.]

## ARTICLE VIII.

### STOMATITE GANGRÉNEUSE.

La stomatite gangréneuse est une maladie qui n'a été bien étudiée que dans ces derniers temps. Nous avons vu, à l'article *Stomatite couenneuse*, qu'un exa superficiel avait fait donner le nom de *stomatite gangréneuse* à ces cas de diph rite intense signalés principalement par M. Bretonneau, ainsi qu'à d'autres de la bouche fort différents. Cette confusion entre des états pathologiques de ture diverse a apporté nécessairement un très grand vague dans les descripti jusqu'à ce qu'enfin on se soit décidé à ne regarder comme stomatite gangré que celle dans laquelle il y a une mortification évidente des parties constitu de la bouche.

On ne saurait élever aucun doute sur l'existence de cette dernière forme stomatite. Lorsque les recherches de M. Bretonneau ont paru, il y a eu une dance à prendre toujours pour de simples diphthérites les affections citées co de véritables gangrènes. Mais M. Bretonneau (1) lui-même a fort bien disti la gangrène véritable de la diphthérite, qui n'en a que l'apparence, et tous auteurs qui se sont occupés des maladies des enfants en ont vu des exemples évidents.

Baron, Guersant, Billard, en ont rapporté des observations fort intéressa mais aucun auteur n'a traité ce sujet avec plus de soin et d'exactitude M. Taupin (2), dont le travail est fondé sur 107 observations détaillées, p à l'hôpital des Enfants dans l'espace de quatre années. C'est principalement d' ce dernier travail que nous allons présenter l'histoire de la stomatite ga neuse (3). Nous emprunterons aussi des détails importants à un travail plus ré et fait avec un très grand soin, de M. J. Tourdes (4) : cet auteur nous a donné historique très complet de cette maladie; on le consultera avec fruit.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La stomatite gangréneuse est une affection dans laquelle les tissus qui constit les parois de la bouche sont frappés de mortification à une plus ou moins gr profondeur, quelle que soit la forme sous laquelle se soit d'abord présentée l'infla mation. Cette maladie a reçu les noms de *noma*, *gangrène de la bouche*, *sph de la bouche;* et, sous ceux de *stomacace*, *fégarite*, *aphthe gangréneux*, etc.,

(1) *Des influences spéciales*, etc., p. 129; *Du sphacèle de la bouche*.
(2) *Stomatite gangréneuse* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, avril 183
(3) Le nombre des observations que j'aurais pu rassembler ne serait pas suffisant pour rer les principaux points de la stomatite gangréneuse. D'ailleurs, comme je viens de le le travail de M. Taupin est fondé sur des faits bien observés; c'est pourquoi on ne devra être surpris de voir que, dans plusieurs points, cet article est une simple analyse, ou quelquefois une reproduction textuelle du mémoire de cet observateur distingué, qui reusement n'a pas cru devoir donner les résultats numériques de l'analyse de ses observa tions. C'est à peu près la seule imperfection qu'on puisse trouver dans son histoire de la sto tite gangréneuse.
(4) *Du noma ou sphacèle de la bouche chez les enfants*, thèses de Strasbourg, 1848.

été confondue avec plusieurs autres maladies qui ont été déjà décrites. Le nom de *stomatite gangréneuse* est aujourd'hui généralement adopté.

La grande *fréquence* de l'affection ressort de ce que nous avons dit plus haut, en citant le travail de M. Taupin. Non-seulement, en effet, cet auteur a pu recueillir 107 observations détaillées de cette maladie, mais il en a pu voir plus de ... cas dans l'espace de quatre ans. M. Taupin évalue à un vingtième au moins ... enfants qui sont à l'hôpital le nombre de ceux qui présentent la stomatite gan...neuse. Toutefois cela ne prouve pas que cette proportion, considérée d'une ma...re générale, soit exacte; car les enfants appartenant aux classes qui ne vont pas ... l'hôpital ne la présentent presque jamais.

Voyons maintenant sous quelles influences se développe la stomatite gangréneuse. En conservant à ce chapitre le titre qu'il portait dans la précédente édition, ...us n'avons fait que nous conformer à l'opinion du plus grand nombre des mé...cins qui considère les gangrènes comme résultant souvent d'une inflammation. ...est en vertu de cette théorie que le mot de stomatite a été accolé à celui de gan...ène. Nous ne saurions cependant laisser passer cette occasion de dire que les ...grès de l'observation clinique et anatomique tendent à déposséder peu à peu ...flammation du rôle complexe qu'on a fait jouer depuis quelque temps à cette ...tité, ou si l'on veut à cette force morbide. Bien mieux, nous pensons que le mo...ent n'est pas éloigné où l'on verra, dans certaines gangrènes, tout l'opposé de ...flammation. L'inflammation n'est, d'après la théorie le plus généralement ad...ise et la plus rationnelle que l'exagération de la force créatrice et réparatrice qui ...gendre ou reproduit les tissus, ferme les plaies et fait les cicatrices; c'est ainsi ...e sous l'action d'un excitant physique ou chimique les plaies flasques, molles, ...isâtres, semblent reprendre de l'activité, bourgeonner avec vigueur, tendre à la ...paration. Il en est de même de l'action de certains caustiques sur la muqueuse ...lpébrale, qui, excitée, réagit et tend à guérir; la méthode substitutive est fondée ...r l'idée d'une inflammation réparatrice substituée à une inflammation morbide. ...n tout cas l'inflammation suppose le gonflement, la rougeur et la chaleur plus ...ande des tissus et la tendance à l'hypersécrétion ou à la suppuration. Rien de ...mblable n'existe dans la maladie que nous décrivons, et qui paraît résulter ...une diminution de la vie dans les parties atteintes. Il semble que le sang ne ...rcule plus, que le système nerveux soit frappé d'inertie, que la mort se produise ...r toute une région comme si les artères qui la nourrissaient étaient liées ou ob...rées, comme si les nerfs de la vie organique cessaient d'y exercer leur action. Il ...y a pas là phlegmasie et s'il y a quelques phénomènes de cette espèce, c'est ...itour du point frappé de mort et sur la limite, là où les parties vivantes réagissent ...ntre la partie mortifiée, laquelle est devenue comme une sorte de corps étranger. ...e n'est donc pas le mot de stomatite que nous choisirions de préférence. Nous ...éférerions employer simplement l'expression de *gangrène de la bouche*, qui in...que suffisamment la maladie sans sacrifier à aucune théorie, à aucune idée pré...nçue. Il faut aussi que le lecteur soit bien prévenu d'une chose, c'est que la gan...ène de la bouche n'est pas toute la maladie, mais qu'elle n'est le plus souvent ...'une des manifestations (la plus grave sans doute) d'un état morbide général. ...'est souvent à la suite de la scarlatine et de la rougeole que se produit cet acci...ent. C'est chez des sujets affaiblis, cachectiques, pauvres, renfermés dans des

hospices, surtout chez des enfants, et à l'état épidémique qu'on l'a observé. Il existe souvent en même temps des taches de purpura à la peau, souvent il y a d'autres gangrènes, principalement à la vulve. On consultera avec profit un Mémoire fait sur ce sujet par MM. Bouley et Caillault (1). La gangrène de la bouche est une des manifestations du scorbut.]

### § II. — Causes.

Avant de passer à l'étude des causes, nous pourrions signaler la division qui a été proposée par M. Taupin; mais, comme les causes ne diffèrent pas, ou du moins, d'après le travail de cet observateur, ne paraissent pas différer sensiblement, suivant la forme qu'affecte la maladie, il vaut mieux renvoyer cette indication au paragraphe suivant, où seront décrits les symptômes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Il résulte des recherches des auteurs, et principalement de celles de M. Taupin, que la stomatite gangréneuse est une maladie qui appartient *presque exclusivement à l'enfance*. M. Taupin fait effectivement observer que, dans les traités de pathologie, cette affection n'est pas décrite chez l'adulte, et il ajoute qu'en 1837, sur un mouvement de dix-neuf cents malades à l'Hôtel-Dieu, il n'en a observé qu'un seul cas, dans lequel la stomatite n'était pas même entièrement semblable à celle des enfants, et dans lequel, en outre, on pouvait penser que le malade avait fait usage de préparations mercurielles. On sait d'un autre côté, que les auteurs précédemment cités, et qui, presque seuls, ont étudié avec soin la gangrène de la bouche, se sont à peu près exclusivement occupés des maladies des enfants. Enfin Van Swieten place cette affection, que cependant il ne distinguait pas suffisamment de toutes les autres, parmi les maladies de l'enfance; et le docteur Isnard (2) a été plus loin que tous les autres, car il a donné comme un caractère essentiel de la maladie d'attaquer seulement les enfants. Cependant on trouve çà et là, dans les auteurs, des observations de gangrène de la bouche chez des adultes. M. Bretonneau, entre autres, en a vu un exemple chez une femme de vingt-sept ans, et M. J. Tourdes a cité plusieurs auteurs qui l'ont trouvée aux différents âges de la vie autres que l'enfance. C'est de dix-huit mois à quinze ans que se montre cette espèce de stomatite; mais il faut observer qu'elle est surtout fréquente de cinq à dix ans.

Quant au *sexe*, M. Taupin, qui cependant est de tous les auteurs celui qui a apporté le plus de précision dans l'étiologie de la maladie, se contente de dire que la stomatite gangréneuse lui a paru beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Il est, ajoute-t-il, porté à croire que cette différence de proportion tient à ce que les garçons sont en général plus négligés par leurs parents. La chose n'est assurément point impossible; mais, avant de donner cette explication, il eût été nécessaire d'exposer d'une manière précise le nombre des garçons et des filles

(1) *Gazette médicale*. Paris, 1853.
(2) *Sur une affection gangréneuse particulière aux enfants*, thèse. Paris, 1818.

fectés. M. J. Tourdes, au contraire, l'a trouvée plus fréquente chez les filles. Ainsi, n de positif sur ce point.

L'*état de santé* dans lequel se produit la stomatite gangréneuse est très important considérer. Sous ce point de vue, le travail de M. Taupin nous offre les renseignements les plus utiles. Il a vu la maladie se développer quelquefois, au milieu de meilleure santé, chez des enfants robustes; mais il existait alors une des causes ccasionnelles les plus puissantes parmi toutes celles qui seront indiquées plus loin st-à-dire que la maladie avait été provoquée par une cause traumatique quelque. Bien plus souvent on la voit survenir chez des enfants *affaiblis par des ladies graves*, et surtout par des maladies qui ont nécessité des évacuations sanines abondantes et une diète prolongée : c'est ce qui résulte des observations de Taupin, qui malheureusement encore n'a pas donné les proportions exactes. ci, suivant lui, dans quelles affections se montre généralement la stomatite gangréneuse : 1° à la suite de quelques *pneumonies* intenses; 2° quelquefois, mais rement, après la *fièvre typhoïde;* 3° plus souvent à la suite des *fièvres éruptiv*es, mais plus fréquemment après la rougeole, et surtout après la scarlatine, 'après la variole. Baron (1) avait déjà signalé l'apparition fréquente de la gangne de la bouche à la suite de la rougeole, et plus récemment MM. Barthez et liet ont établi sur des chiffres cette plus grande proportion de la stomatite gangréneuse dans cette maladie éruptive. Ces résultats sont confirmés par les recherches M. J. Tourdes.

M. Taupin a encore observé qu'il n'y avait point de liaison entre l'éruption béolique ou scarlatineuse de la bouche et la stomatite gangréneuse; car c'est au moment de la convalescence et lorsque l'éruption de la muqueuse a disparu que la dernière se développe de préférence.

Le même auteur a constaté que les sujets qui, à la suite de la scarlatine, sont atteints d'une *anasarque*, sont plus exposés que les autres à la stomatite gangréneuse. Il faut reconnaître, dans ces cas, l'existence d'une cause générale sous l'influence de laquelle se développe l'affection septique. Cette remarque a été également faite par Billard, et avant lui par Baron.

Les affections qui déterminent une très grande déperdition des forces, telles que les *diarrhées chroniques*, prédisposent les enfants à l'affection qui nous occupe, et M. Taupin a remarqué que la gangrène est d'autant plus intense dans ces cas, que la débilité est plus grande. Dans la phthisie, cependant, elle ne se montre pas très fréquemment, tandis qu'on a souvent occasion d'observer les autres affections de la bouche dans cette maladie chronique et essentiellement débilitante.

Quant aux autres affections, telles que la teigne, les scrofules, les ophthalmies chroniques, M. Taupin ne saurait y voir une cause évidente de stomatite gangréneuse. A ce sujet, il fait observer que les enfants contractent ordinairement cette stomatite dans l'hôpital, et qu'on peut en trouver la véritable cause dans la disposition insalubre des salles consacrées au traitement des affections que nous venons de citer. Cependant les enfants atteints de la gale, qui se trouvent dans des conditions semblables, sinon pires, présentent rarement la stomatite gangréneuse; mais la contradiction n'est qu'apparente, parce que les enfants atteints de cette maladie ne

(1) *Mémoire sur une affection gangréneuse de la bouche* (*Bull. de la Faculté*, 1816).

font qu'un très court séjour à l'hôpital, et n'ont pas, par conséquent, le temps subir les influences pernicieuses qui les entourent. D'un autre côté, les en atteints de maladies aiguës, qui sont traités dans des salles bien disposées so rapport hygiénique, ne présentent que très rarement la gangrène de la bouche.

Ces considérations doivent déjà nous faire supposer que la *mauvaise hygiè* laquelle tant d'enfants sont soumis est une cause puissante de stomatite gangrén C'est ce que tous les auteurs précédemment cités ont reconnu, et ce que M. Ta a mis hors de doute par ses recherches. Le passage suivant de son mémoire paraît assez important pour trouver place ici : « J'ai pu constater, dit-il, dans des neuf dixièmes de mes observations, que les sujets étaient mal logés, mal vê mal nourris. Quelques-uns logeaient dans des garnis où ils étaient entassés au n bre de cinq ou six sur un peu de paille sale et humide. D'autres n'avaient d'asile, et avaient été ramassés par la police sous les arches des ponts ou dans fours à plâtre. Les uns étaient couverts de haillons, ne portaient pas de chemise en changeaient fort rarement, et étaient dévorés par la vermine. D'autres vivaient que de pommes de terre ou cherchaient leur vie dans les ruisseaux dans les tas d'ordures. Le plus souvent un même individu présentait toutes conditions réunies. »

Il résulte naturellement de ces faits que la maladie qui nous occupe sévit pres- que exclusivement sur les *dernières classes de la société :* c'est d'ailleurs une vé- rité à laquelle on arrive directement par l'observation, car tout le monde a consta que la stomatite gangréneuse est une maladie fort rare chez les enfants des class riches; et encore faut-il ajouter que, dans les cas exceptionnels où elle survient dans de bonnes conditions hygiéniques, elle se montre chez des enfants extrême- ment débilités par des maladies antérieures, et est souvent alors déterminée pa une cause locale particulière.

Il est à peine nécessaire de parler des *professions.* La plupart des enfants q présentent la gangrène de la bouche n'ont aucune profession ou sont des appren qui passent presque toutes leurs journées à faire des courses. M. Taupin n'a jamai remarqué que la maladie fût plus fréquente chez les enfants occupés à manier l métaux, tels que les doreurs, les ciseleurs, les fondeurs, les polisseurs d'or d'acier, etc.

Quant aux *saisons,* le même auteur a constaté que la stomatite gangréneuse développe ordinairement au printemps et en automne, et plus rarement en hive Il ne l'a guère vue se développer en été, à moins que cette saison ne fût humide un peu froide ; aussi cette condition de l'atmosphère lui paraît-elle avec rais avoir une grande influence sur la production de la maladie. Ce qui confirme ce manière de voir, c'est que, lorsque l'atmosphère est sèche dans le cours des sa sons où la maladie se montre de préférence, non-seulement elle est plus rare, ma encore elle guérit avec beaucoup plus de facilité, et qu'elle se produit de préfé rence, toutes choses égales d'ailleurs, dans les *climats* froids et humides, comm celui de la Hollande.

Enfin la stomatite gangréneuse se montre le plus souvent sous *forme épidém que ;* ainsi on la voit envahir un quartier, l'hôpital des Enfants ou des Orphelin les maisons de refuge, de correction, les salles d'asile, quelques pensionnats d'u ordre inférieur.

Telles sont les causes de la stomatite gangréneuse que l'on peut appeler prédisposantes ; mais il faut ajouter que l'action continue de ces causes peut devenir, dans certaines circonstances, cause occasionnelle ou efficiente, et alors la maladie se développe sans que l'intervention d'une des causes qui vont être indiquées soit nécessaire.

2° Causes occasionnelles.

Les causes de ce genre sont peu nombreuses ; elles se réduisent aux suivantes : Chez les enfants placés dans les conditions précédentes, on voit la maladie se développer autour d'une *dent cariée*, présentant des aspérités, et qui a lésé les parties voisines. Une *brûlure*, une *solution de continuité quelconque* peut, dans les mauvaises conditions indiquées, se terminer par la gangrène de la bouche.

Quant à la *dentition* elle-même, M. Taupin fait remarquer que la stomatite gangréneuse s'observe plus fréquemment avant et après la septième année, qu'elle coïncide rarement avec l'époque de la première dentition, et que, par conséquent, elle n'a point de rapport direct avec l'évolution des dents.

L'usage du mercure ou du tartre stibié à haute dose n'est pas non plus une cause efficace de cette affection.

Mais une cause très importante à étudier, c'est la *contagion*. Ici il faut dire que les faits ne sont pas très concluants. M. Taupin pense que la contagion est évidente dans la stomatite gangréneuse. « Il a pu, dit-il, constater nombre de fois que la maladie avait été gagnée par des enfants qui mangeaient et buvaient avec la cuiller ou le verre servant à des enfants atteints de cette maladie, et que, dans ces cas, elle se développait d'abord sur les parties en contact avec l'instrument chargé du liquide septique. »

Ce sont là sans doute des faits très importants à noter ; mais, dans une question aussi délicate que celle de la contagion, il eût été bon d'entrer dans quelques détails, et d'exposer les observations de manière à faire voir que toutes les circonstances avaient été bien appréciées. Il eût été surtout nécessaire de dire, si parmi les enfants nourris ainsi avec la cuiller servant à d'autres malades, le nombre des sujets atteints était beaucoup plus considérable que parmi les autres. Quoi qu'il en soit, il faut ajouter que la contagion n'a paru agir que dans des cas de stomatite gangréneuse se présentant d'abord sous les *formes couenneuse* et *ulcéreuse*, formes qui vont être étudiées dans le paragraphe suivant. Quant à la *stomatite charbonneuse*, nom sous lequel M. Taupin désigne une troisième forme caractérisée par le sphacèle profond et primitif des parois de la bouche, on n'a pas vu de cas bien évident où elle ait paru se transmettre ainsi par le contact.

M. Taupin s'est demandé encore si la transmission de la maladie se fait au moyen des *miasmes* contenus dans l'air, ce qui constituerait une véritable *infection*. Mais, sous ce rapport, il reste dans le doute relativement à la stomatite à forme couenneuse et ulcéreuse ; quant à la stomatite charbonneuse, tout tend à prouver qu'elle ne se communique point ainsi.

Nous avons longuement insisté sur les causes de cette affection, parce qu'il est très important que le praticien les connaisse, non-seulement afin de soustraire les malades aux atteintes de la maladie dans les cas d'épidémie, mais afin qu'il puisse éloigner toutes ces causes, dans les cas où la maladie s'est déjà déclarée. Nous

avons, comme nous l'avions annoncé, presque exclusivement suivi dans cette exposition les recherches de M. Taupin. Ces recherches, il est vrai, n'ont fait que confirmer en grande partie les opinions répandues sur l'étiologie de la stomatite gangréneuse; mais ayant été faites sur un grand nombre de cas, et les résultats étant tous fondés sur l'observation, elles ont donné à ces opinions une solidité qu'elles ne pouvaient pas avoir auparavant. Toutefois il est à regretter, on ne saurait trop le redire, que M. Taupin ne nous ait pas donné les proportions exactes des divers cas qu'il a constatés. On peut consulter pour plus de détails le mémoire de J. Tourdes, déjà cité.

### § III. — Symptômes.

Nous avons dit plus haut que M. Taupin a divisé la maladie en trois formes distinctes : à la première, il a donné le nom de *forme couenneuse ;* à la seconde, celui de *forme ulcéreuse*, et à la troisième, celui de *gangrène noire* ou *stomatite charbonneuse.* On voit, en examinant attentivement les faits, que cette division est motivée : aussi l'existence de ces formes diverses n'avait-elle pas échappé à Billard (1) ; car cet auteur a signalé, d'une part, les aphthes gangréneux, que l'on peut rapporter aux deux premières formes, et, de l'autre, la gangrène profonde, qui répond à la stomatite charbonneuse de M. Taupin.

Ces trois formes différentes ne sont appréciables qu'au commencement de la maladie ; car si celle-ci se prolonge, elles tendent toutes au même résultat, qui est la mortification et la destruction des parties molles. Nous allons les examiner séparément dans le commencement de leurs cours, et nous exposerons ensuite les symptômes qui leur sont communs.

1° *Forme couenneuse.* — D'après les recherches de M. Taupin, cette forme de la maladie n'a jamais son siége ni sur la langue ni sur la voûte palatine ; c'est aux gencives qu'elle fait sa première apparition : celles-ci sont couvertes d'une couche grisâtre, pultacée, infecte, et qui se renouvelle à mesure qu'on l'enlève. Le *tissu des gencives* est rouge, violacé, inégal, hérissé de saillies frangées, dans les intervalles desquelles se voient des enfoncements irréguliers où la muqueuse est excoriée plutôt qu'ulcérée. Cet aspect, dit M. Taupin, rappelle assez exactement celui de la face interne des os du crâne, avec leurs saillies et leurs enfoncements alternatifs.

Si l'on se rappelle la description qui a été donnée plus haut de la stomatite couenneuse, on voit qu'il y a une ressemblance presque parfaite entre cette description et celle qui a été donnée de la stomacace par M. Bretonneau. Par conséquent, on pourrait croire qu'il y a eu ici erreur de diagnostic, et qu'on a pris pour une gangrène une stomatite couenneuse, ainsi que l'ont fait si souvent les auteurs des siècles précédents ; mais il est facile de répondre à cette objection : 1° les parties molles sous-jacentes à la couenne présentent évidemment les caractères d'un tissu envahi par la gangrène humide ; et 2°, si la maladie n'est pas arrêtée dans son cours, elle entraîne la destruction des parties comme les autres formes.

On comprend que dans cette forme couenneuse il existe naturellement des symptômes semblables à ceux qui ont été décrits à propos de la stomacace. D'ail-

(1) *Traité des maladies des nouveau-nés.* Paris, 1837.

...s ces symptômes, tels que la douleur, la salivation, etc., appartiennent aux ...es formes, et nous en dirons quelques mots plus loin.

...° *Forme ulcéreuse.* — Celle-ci se présente avec des caractères différents, suivant ...cas. Dans quelques-uns, le bord libre des gencives se détruit d'abord, puis la ...ruction gagne de proche en proche les parties voisines, et le fond de l'*ulcère* ...ouvre d'une petite couche grise qui, d'après les recherches de M. Taupin, est ... véritable eschare formée aux dépens du tissu gingival qui s'exfolie et se renou... ...e incessamment.

Dans d'autres cas, on observe, au début de l'affection, un nombre variable de ...*ints* d'un blanc jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle, sans saillie bien pro... ...ncée, et dans les intervalles qu'ils laissent entre eux la *muqueuse* est rouge, ...flée, douloureuse; s'ils sont rares et peu développés, on les rend plus visibles, ...si que l'a constaté M. Taupin, en opérant une légère traction sur la partie ...lade.

Plus tard, l'*épithélium* est soulevé par l'*exsudation blanchâtre* qu'on voyait à ...vers sa transparence, et qui devient de plus en plus abondante; il est déchiré; ... matière est expulsée, et l'on aperçoit au-dessous une petite *ulcération.* Plus ...d encore, les *ulcères partiels* se réunissent, la fausse membrane se renouvelle; ...s parties affectées restent dans cet état pendant quelques jours, après lesquels ...ulement on peut décider si la gangrène revêtira la forme couenneuse ou la forme ...lcéreuse. Si la lésion est couverte d'une couche couenneuse, on ne voit pas d'abord ... solution de continuité; la partie malade est au contraire élevée au-dessus du ...iveau des parties voisines, et les bords gonflés de l'*ulcère qui existe constamment* ...nt cachés par l'exsudation.

Si la forme ulcéreuse doit persister, on voit une solution de continuité très ...rofonde, beaucoup plus longue que large, tapissée au centre et sur les bords par ...ne couche grise assez épaisse, et taillée à pic sur les côtés (1).

3° *Stomatite charbonneuse.* — C'est celle qui avait, jusqu'à M. Taupin, fixé ...resque exclusivement l'attention des auteurs. Elle se manifeste par des symptômes ...articuliers. Voici encore, d'après la description de M. Taupin, quels sont ces signes :

Elle s'annonce par un *gonflement pâle* des parties qui en sont le siége, et par un ...*dème* des parties voisines, remarquable surtout aux paupières; puis la *teinte* ...*xtérieure* devient plus tranchée. Elle est rouge; la muqueuse est blanchâtre et ...ulcère; la peau noircit, et une *eschare* très volumineuse, molle, infecte, noire, se ...étache par lambeaux du côté de la bouche. Billard a vu les tissus se transformer ... *bouillie putride* et s'échapper comme une espèce de bourbillon.

La face interne de la joue, qui, suivant la remarque de M. Taupin, est plus tar...ivement affectée que la peau, l'est tout d'abord plus profondément que cette der...ière membrane. Quant à celle-ci, elle se ramollit plus tard; elle se déchire; les ...mbeaux se détachent, et il reste une vaste *excavation* dans laquelle les os sont ...is à nu. Si la mort n'est point trop prompte, ou plutôt si l'on finit par obtenir la ...uérison, on observe l'élimination et la chute de ces os nécrosés. C'est dans cette ...rme de la maladie, qu'après la guérison, qui est assez rare, on observe des *cica...rices* bridées, très difformes, semblables à celles des brûlures, et rétrécissant con-

(1) Taupin, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, p. 141.

sidérablement la cavité buccale, par suite des adhérences de la cicatrice avec les os maxillaires. Il n'est pas rare, en pareil cas, d'observer que la bouche ne peut plus qu'incomplétement remplir ses fonctions.

Tels sont les caractères particuliers des diverses formes de stomatite gangréneuse. Nous avons encore suivi dans cette exposition, presque pas à pas, M. Taupin, qui seul pouvait nous fournir des renseignements complets. Voyons maintenant quels sont les symptômes communs de ces trois formes diverses.

*Début.* — M. Taupin fait remarquer que le *début* de l'affection est, dans la plupart des cas, difficile à constater, parce que les malades réclament ordinairement les soins du médecin à une époque avancée de la maladie. Cependant on peut conclure de ce fait même que l'affection se produit d'une manière lente et insidieuse. C'est, au reste, ce qu'ont remarqué tous les médecins qui se sont occupés de ce sujet.

Si l'on peut assister aux premiers moments de l'apparition de la maladie, on voit assez souvent les gencives commencer par se tuméfier, devenir rouges, violacées, molles et fongueuses. Il n'y a encore là ni ulcère, ni gangrène proprement dite. C'est dans la forme couenneuse et ulcéreuse que les choses se passent ainsi. De l'abattement, de la tristesse, un malaise général, tels sont les symptômes qui peuvent annoncer alors qu'une affection grave se développe. Cependant, chose remarquable, M. Taupin a vu des cas dans lesquels la santé générale des malades ne paraissait nullement altérée.

*Symptômes communs aux trois formes de la maladie.* — On doit constater d'abord l'existence de la *douleur*, qui paraît ordinairement plus vive dans la forme ulcéreuse; puis une *difficulté* plus ou moins grande *dans la mastication*, dans certains cas où la maladie occupe une grande étendue; la *fétidité extrême de l'haleine*, qui, lorsque les eschares se sont formées, prend l'*odeur caractéristique de la gangrène;* le *suintement* dans la cavité buccale d'un liquide sanieux, putride, qui détermine une *salivation* plus ou moins abondante, et qui peut être avalé par les enfants très jeunes; enfin, le *gonflement* des parties environnantes, et principalement *celui des ganglions lymphatiques sous-maxillaires :* tels sont les symptômes principaux qui se présentent à l'observateur.

Parmi les *symptômes généraux*, on remarque la *tristesse* que nous avons signalée au début, et qui va en augmentant, et un *abattement* considérable des forces, qui devient un affaissement profond quelque temps avant la mort. M. Taupin a noté l'*insomnie* pendant la nuit et l'*assoupissement* pendant le jour.

Du côté des voies digestives, on constate la *perte de l'appétit*, la *diarrhée*, et plus rarement des *vomissements;* le *ventre* est tendu, douloureux; la *respiration* est embarrassée; dans quelques cas, on a noté l'existence d'une *toux* fréquente; enfin le *pouls* est accéléré et petit; la *peau* est presque froide et souvent infiltrée.

*Lorsque la maladie tend à la guérison*, les signes qui annoncent cette terminaison heureuse sont un peu différents, suivant la forme de la maladie. *Dans la forme couenneuse*, la pseudo-membrane qui se détache n'est point remplacée, ou ne l'est qu'incomplétement, et les nouveaux lambeaux qui se forment tombent bientôt pour ne plus se reproduire; le gonflement disparaît, les ulcérations se cicatrisent très promptement, et il ne reste plus rien d'apparent de cet état si grave. *Dans la forme franchement ulcéreuse*, les bords s'affaissent, et si la perte de sub-

nce n'a pas été très considérable, la cicatrisation marche également avec beau-
p de rapidité, et ne laisse pas plus de traces que la lésion précédente. Dans les où la maladie a pénétré un peu plus profondément, il faut une quinzaine de rs pour que la cicatrice ne soit plus apparente. Pendant les premiers, ainsi que constaté M. Taupin, on observe dans le point occupé par cette cicatrice une ration rouge plus vive que dans les autres parties; la muqueuse y est plus dure plus épaisse; elle n'y est pas lisse et régulière, mais présente un aspect gaufré larges alvéoles.

*Dans les cas où l'affection a pénétré à une très grande profondeur*, dans ceux, r exemple, où une gangrène noire a profondément détruit les tissus qui ont, par r élimination, laissé une vaste excavation et mis les os à nu, les phénomènes nsécutifs sont bien plus lents; l'ulcère, entretenu par des parties osseuses nécro-ées, peut persister longtemps; en un mot, on observe tous les phénomènes qui remarquent dans les vastes plaies ulcéreuses, avec dénudation des os. Ce qui montre alors que les progrès de la gangrène sont bornés, c'est que les bords de la lution de continuité sont moins gonflés, moins rouges, moins douloureux; qu'au u d'un liquide putride mêlé de fragments de tissus gangrénés, il commence à en échapper un pus plus ou moins bien lié, et enfin que la dépression des forces et les autres symptômes généraux diminuent notablement.

On a affirmé, dans les descriptions générales de la stomatite gangréneuse, qu'il se produit souvent alors des hémorrhagies abondantes; mais ce qu'il y a de certain, c'est que les cas de ce genre sont beaucoup plus rares qu'on ne pourrait le penser d'après ces descriptions; car M. Taupin, qui, comme on l'a vu plus haut, a observé un grand nombre de cas de stomatite gangréneuse, n'a jamais vu survenir d'écoulement sanguin assez considérable pour constituer un accident fâcheux.

*Dans les cas où la maladie tend à se terminer par la mort*, les symptômes précédemment décrits vont presque tous en augmentant. Ceux qui sont surtout remarquables, sont la petitesse et la fréquence du pouls, et la diarrhée colliquative et fétide. M. Taupin a observé que des affections pulmonaires latentes venaient souvent se joindre aux symptômes de la stomatite, mais il n'entre dans aucun détail à cet égard.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie, quelle que soit sa forme, est continue; elle ne présente généralement pas d'exacerbation très manifeste. Cependant, dans les cas de stomatite ulcéreuse, il arrive quelquefois que, l'ulcère s'étant produit, l'affection semble rester stationnaire, pour céder ensuite rapidement aux moyens appropriés, ou pour faire de nouveaux progrès. M. Taupin avance qu'elle peut passer à l'état chronique; mais sur ce point il n'émet qu'une simple assertion, qui aurait cependant besoin de preuves nombreuses.

Suivant cet auteur encore, la *durée* de la stomatite gangréneuse est très variable. Il affirme que les formes couenneuse et ulcéreuse peuvent, si l'on ne les traite pas, se prolonger plusieurs mois. Il eût été très utile de présenter des faits à l'appui de cette opinion; car, en pareil cas, l'affection ressemble tellement à une simple diphthérite, qu'il eût été bon d'en indiquer avec soin tous les caractères. Nous savons bien que M. Taupin regarde la diphthérite comme une véritable gangrène; mais,

quoi qu'il en soit de cette question, que nous discuterons un peu plus loin, c'étai le lieu de montrer au moins l'identité des deux maladies, et de prouver que la g grène a réellement existé dans ces cas chroniques, ce qui ne laisse pas de prése quelques difficultés à l'esprit. Aussi M. J. Tourdes (1) a-t-il contesté l'exacti de cette manière de voir, et a-t-il attribué à la préexistence d'une simple stom ulcéreuse la longue durée de la maladie en pareil cas. Aucun terme fixe n'a reste été assigné à la durée de la stomatite gangréneuse. Suivant M. Taupin gangrène noire, ou charbon de la bouche, ne dure pas, en général, plus de qui jours; mais il faut ajouter que cette courte durée ne s'observe que dans les ca la maladie se termine par la mort. Dans les autres, il reste des lésions consé tives qui exigent un traitement assez long.

La *terminaison* de la maladie est très différente pour les deux premières fo et pour la troisième. Dans les deux premières, en effet, la guérison est le plus vent obtenue; mais, dans quelques cas, comme nous l'avons déjà dit, l'affecti transforme en gangrène charbonneuse, et rentre dans les conditions de la troi forme, qui se termine presque toujours par la mort. Cette terminaison fatale p être hâtée par l'apparition d'une affection éruptive, qui, de son côté, présente jours des symptômes fort graves, tandis que la stomatite fait des progrès rapides qu'auparavant.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les parties attaquées par la stomatite gangréneuse étant accessibles à la vue, lésions anatomiques qu'elles présentent ont dû nécessairement être décrites l'exposition des symptômes; il ne nous reste plus qu'à ajouter quelques mots des particularités qui ne peuvent guère être constatées qu'après la mort. Le ra lissement pulpeux et fétide des gencives, leur couleur noirâtre, l'ébranleme l'avulsion des dents au moindre effort; la dénudation des cavités alvéolaires, sont noires et nécrosées, voilà ce que l'on trouve du côté de l'arcade dentaire. côté des joues, des lèvres, du palais et de la langue, on observe l'épaississem consistance cassante de l'épithélium, une production plastique sous-jacente, rant, par une de ses faces et à l'aide de petits prolongements membraneux, à ulcération à bords frangés, rouges et saignants.

Dans certains cas, on retrouve les lambeaux pseudo-membraneux fétides obser pendant la vie; ils sont superposés de telle sorte, que la plaque couenneuse qui détache recouvre encore celle qui doit la remplacer. Au-dessous de ces couch on trouve une ulcération à bords taillés à pic, gonflés et ecchymosés. Dans les où la maladie est franchement ulcéreuse, on voit, ainsi que l'a observé M. Taupin au lieu de la plaque d'apparence pseudo-membraneuse, une matière pultacée, g sâtre, qu'on peut prendre pour un ramollissement gangréneux ou putride des p ties affectées. Cette petite production est très molle, non adhérente, et cache u ulcération profonde.

Lorsque les deux premières formes ont passé à l'état de gangrène noire, trouve les parties affectées converties en une matière homogène noirâtre, très

(1) *Loc. cit.*, p. 53.

molie, sans distinction possible de fibres, et qui exhale une odeur gangréneuse plus marquée encore, quoique un peu moins que pendant la vie. Autour de l'eschare, les parties sont infiltrées, jaunâtres.

Les altérations diffèrent si la gangrène a débuté d'emblée. Voici ce que M. Taupin a observé en pareil cas : « A la joue, par exemple, la peau et la muqueuse buccale sont parfaitement saines, ou seulement légèrement infiltrées d'un liquide gélatineux ; mais les parties contenues entre les deux membranes, c'est-à-dire le tissu cellulaire graisseux, le muscle buccinateur, sont converties en une matière d'abord jaunâtre, qui devient noire ensuite. A un degré plus avancé, la peau et la muqueuse participent à la destruction putride ; les os sont noirs, nécrosés, quelquefois en partie détachés. Si l'eschare est tombée, la cavité buccale est largement ouverte ; les dents, les os sont à nu ; les bords de la plaie sont ramollis, gangrenés. Nous avons souvent cherché à reconnaître ce que devenaient les vaisseaux et les nerfs dans les parties gangrenées ; nous les avons toujours trouvés confondus avec les autres tissus, et impossibles à distinguer. »

Telles sont les lésions caractéristiques de la gangrène de la bouche. On en trouve, dans les autres organes, quelques-unes qui méritent d'être mentionnées. Ce sont souvent une infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les poumons, dans le cerveau ; parfois une accumulation de sérosité dans les grandes cavités séreuses ; chez quelques sujets, l'engorgement de la rate, le ramollissement, l'inflammation chronique du gros intestin, plus rarement de l'intestin grêle et de l'estomac ; chez d'autres, des pneumonies partielles.

Après la gangrène charbonneuse, on rencontre toujours, dit M. Taupin, une lésion aiguë et très marquée des viscères thoraciques. Cette lésion, sur trente-six cas, a toujours été bornée à un seul côté de la poitrine, et dix-sept fois seulement elle s'est présentée au côté correspondant à celui de la stomatite. Nous avons trouvé, ajoute cet auteur, 28 fois une hépatisation grise d'un des lobes du poumon, dont 24 fois au lobe inférieur, 2 fois au supérieur, et 2 fois au lobe moyen du côté droit. Dans 4 cas, il existait une pleurésie considérable ; dans 4 autres, une gangrène pulmonaire peu étendue, avec pneumonie autour de l'eschare ; dans 4 autres encore, une destruction gangréneuse noire de la muqueuse du pharynx, de l'œsophage et du grand cul-de sac de l'estomac ; enfin, dans trois cas, il existait un ramollissement inflammatoire du gros intestin, tandis que, dans tous les autres qui appartenaient à la gangrène charbonneuse, il n'y avait aucune altération des organes digestifs. Les recherches de MM. Barthez et Rilliet ont, en grande partie, confirmé celles de M. Taupin.

M. Taupin termine par une conclusion assez importante pour trouver place ici : « Ainsi, dit-il, dans la stomatite couenneuse ou ulcéreuse, on rencontre indifféremment des lésions chroniques ou aiguës des poumons, des intestins, de l'estomac, des membranes séreuses ; tandis que, dans le charbon des joues, primitif ou consécutif, on trouve constamment une altération aiguë des poumons ou des plèvres, le plus souvent une hépatisation pulmonaire. Aucun auteur jusqu'ici n'a fait mention de cette coïncidence frappante sur laquelle nous avons nombre de fois entendu insister le docteur A.-C. Baudelocque. »

M. J. Tourdes (1) a constaté à l'aide de faits empruntés à MM. Barthez et Rilliet,

(1) *Loc. cit.*, p. 58.

Eckert, Richter, et de quelques-uns qu'il a recueillis lui-même, que le côté g
che est plus souvent affecté que le côté droit.

[La gangrène de la bouche commence toujours par un décollement des genci
ou par un sillon grisâtre qui se montre dans le vestibule de la bouche le plus gé
ralement à la mâchoire inférieure. Il n'y a point là de fausse membrane, il y a r
mollissement gangréneux, décoloration, macération des tissus (la pourriture d'h
pital offre avec cet état certaine analogie); puis le mal s'étend, les gencives tomb
en putrilage, un gonflement œdémateux se montre, et dans les cas graves, les dent
tombent, le périoste se décolle, la joue devient froide, verdit, une eschare s
limite et tombe laissant une affreuse difformité; mais le plus souvent de parei
lésions n'ont pas le temps de se produire, la mort survenant plus tôt. Les os eu
mêmes peuvent être nécrosés dans une grande étendue et nous avons en notre p
session un certain nombre d'os maxillaires inférieurs et supérieurs nécrosés q
ont été recueillis chez des enfants morts à la suite de gangrènes de la bouch
Quelquefois un séquestre se limite et tombe ou peut être extrait. En somme il n'y
a aucune différence entre les gangrènes du scorbut épidémique des armées ou d
flottes et les gangrènes observées dans la bouche des enfants dans les hôpitaux
les quartiers pauvres des grandes villes. Il faut noter également des gangrènes
montrant à la vulve chez les jeunes filles et produisant souvent une large perte
substance au niveau des grandes lèvres. Ces gangrènes sont de même nature q
celles de la bouche.]

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

D'après la description précédente, on voit que la stomatite gangréneuse est, e
général une maladie peu difficile à reconnaître. Les symptômes et les lésions si fa
lement appréciables ne pourraient laisser de doutes que dans des cas tout à fa
exceptionnels. Il est cependant quelques affections qui se rapprochent plus o
moins de cette espèce de stomatite, et dont il importe d'indiquer les caractèr
distinctifs. La première de toutes est la *stomatite couenneuse*, ou la *diphthérite*,
sur laquelle il est nécessaire d'entrer dans quelques considérations.

Et d'abord, ne doit-on établir aucune distinction entre cette stomatite coue
neuse et la stomatite gangréneuse elle-même? C'est ce qui semblerait résulter d
travail de M. Taupin. Cet auteur, non-seulement insiste dans plusieurs points d
son mémoire sur les ressemblances, ou plutôt sur l'identité qui existe entre la sto
matite gangréneuse à forme couenneuse et la diphthérite de M. Bretonneau; mai
encore, lorsqu'il recherche la nature de la maladie, il s'exprime formellement e
d'une manière affirmative sur ce point litigieux. Il se fonde : 1° sur ce que, a
dessous de la pseudo-membrane, qu'il considère comme une véritable eschare, il a
toujours trouvé une perte de substance plus ou moins profonde; 2° sur ce que,
ainsi que nous l'avons fait observer plus haut, la maladie, lorsqu'elle fait des pr
grès, prend la forme de la gangrène profonde; et 3° sur ce que, dans la stomatite
à forme couenneuse, la maladie ne s'étend ni au pharynx ni au larynx; qu'elle
n'envahit ni les intestins, ni l'estomac, ni les fosses nasales; et que, d'un autre
côté, lorsque les enfants affectés de cette espèce de stomatite ont en même temps
une plaie, celle-ci présente la pourriture d'hôpital, soit couenneuse, soit ulcéreuse.

On ne peut pas nier que les observations de M. Taupin ne soient de nature à

difier les opinions un peu trop exclusives qu'avaient fait naître les recherches Guersant et de M. Bretonneau; mais ne serait-ce pas tomber dans un autre ès que de repousser entièrement les résultats de ces recherches? Sans doute il très fréquent de rencontrer, autour de la pseudo-membrane, des ulcérations ec engorgement des tissus sous-jacents; M. Bretonneau lui-même en a cité des mples remarquables. Mais, d'un autre côté, on a vu, même dans les épidémies stomacace, apparaître une fausse membrane bien caractérisée, avec intégrité de muqueuse sous-jacente, ou du moins sans solution de continuité. La stomatite enneuse s'est terminée parfois par une stomatite gangréneuse profonde dans observations de M. Taupin; mais ne peut-on pas admettre qu'il y a eu ici une itation à peu près semblable à celle que produit sur les parois de la bouche un gment de dent cariée, plutôt que l'existence d'une stomatite véritablement gan-neuse au début? Enfin, quant à l'extension des fausses membranes au pharynx, xiste des cas qui prouvent évidemment qu'elle peut avoir lieu.

Nous ajouterons que, dans les maladies fébriles, et dans les derniers jours de istence, chez les sujets en proie à des maladies chroniques, on voit souvent araître une stomatite couenneuse dans laquelle les recherches les plus positives fait voir qu'il n'existait aucune espèce d'ulcération de la membrane muqueuse; cas, du moins, il faut en convenir, doivent être rapprochés de la diphthérite, produit l'angine pseudo-membraneuse.

De tout cela nous croyons qu'il faut conclure que, si la stomatite gangréneuse t prendre fréquemment la forme couenneuse sans perdre aucun de ses carac-s, il ne s'ensuit pas nécessairement que toute stomatite couenneuse est de na-e gangréneuse. Il importe donc de dire un mot du diagnostic différentiel de ces ctions.

Si la stomatite est caractérisée par une fausse membrane faisant saillie au-dessus a muqueuse, sans ulcération de celle-ci, ou seulement avec une exulcération erficielle qui se dissipe très rapidement, et autour de laquelle les tissus ne sont profondément altérés, on doit admettre l'existence d'une simple diphthérite. is le cas contraire, et surtout lorsque les tissus sous-jacents et environnants t fortement infiltrés d'un liquide sanieux, ramollis et putrides, on doit recon-re l'existence d'une gangrène humide à forme couenneuse. Si la présence d'une ple ulcération au-dessous de la pseudo-membrane suffisait pour changer la ure de la maladie, il s'ensuivrait que la stomatite mercurielle devrait être rap-chée de la stomatite gangréneuse, puisqu'elle présente aussi, au-dessous de l'ex-ation plastique, un nombre souvent fort considérable d'ulcères très visibles.

La *stomatite mercurielle* se distingue de la stomatite gangréneuse par la sali-on beaucoup plus considérable qu'elle produit, par le gonflement de la langue, l'ébranlement des dents avant que la destruction des parties rende compte de accident, et par la moindre ténacité des lambeaux pseudo-membraneux qui upent toute la bouche. En outre, dans le plus grand nombre des cas, on aura ır se guider les renseignements fournis par le malade, qui ne laisseront aucun te.

Il y a si peu de ressemblance entre l'*aphthe discret*, tel qu'il a été décrit plus t, et la stomatite gangréneuse à forme ulcéreuse, qu'il est à peine nécessaire de peler que la formation des vésicules, le peu de profondeur des ulcérations et le

peu de gravité des principaux symptômes, suffisent pour éloigner toute cause d'erreur. Quant à l'*aphthe confluent*, il se distingue de la stomatite gangréneuse à forme ulcéreuse par la multitude de vésicules suivies d'ulcérations qui occupent, non-seulement la cavité de la bouche, mais encore celle du pharynx, et par l'intensité des symptômes généraux dans lesquels l'excitation est surtout remarquable, tandis que l'abattement extrême est un des principaux caractères de la stomatite gangréneuse.

La stomatite charbonneuse pourrait-elle être confondue avec une simple *fluxion de la joue?* Il faudrait pour cela que le malade fût soumis à un examen très superficiel. Dans la fluxion de la joue, tout se réduit, en effet, à la tension et à la douleur occasionnées par le gonflement, et à une rougeur plus ou moins vive. Dans la stomatite gangréneuse, au contraire, la coloration violette de la peau, celle d'un blanc mat de la bouche, le noyau induré qu'on trouve dans la partie malade, et les symptômes généraux constituent des caractères distinctifs très marqués. Lorsqu'il y a ramollissement et suppuration des tissus malades, il est évident que ce diagnostic différentiel devient inutile.

Quant aux autres maladies qui peuvent occasionner la destruction des parties, elles ont en général une marche chronique qui suffit pour les distinguer, et d'ailleurs elles n'attaquent point les enfants, comme la stomatite gangréneuse.

M. J. Tourdes a encore distingué l'affection qui nous occupe de la *pustule maligne*, de l'*anthrax*, de la *gangrène scorbutique*, de la *pourriture d'hôpital*, du *lupus ;* mais ces diagnostics, qui nous entraîneraient trop loin, n'ont pas la même importance que les précédents.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

#### 1° *Signes distinctifs de la stomatite couenneuse* (diphthérite) *et de la stomatite gangréneuse.*

| STOMATITE GANGRÉNEUSE. | STOMATITE COUENNEUSE (*diphthérite*). |
| --- | --- |
| Au-dessous de la fausse membrane, *ulcération* plus ou moins profonde. | Au-dessous de la fausse membrane, pas d'*ulcération*, ou ulcération superficielle. |
| *Bords de l'ulcération* gonflés, infiltrés d'un liquide sanieux, ramollis et putrides. | *Tissus environnants* ne présentant d'autre altération qu'un degré d'irritation variable. |

Ce diagnostic ne s'applique ordinairement qu'à la stomatite gangréneuse de forme couenneuse, les autres formes se distinguant de la diphthérite par les caractères les plus tranchés.

#### 2° *Signes distinctifs de la stomatite gangréneuse et de la stomatite mercurielle.*

| STOMATITE GANGRÉNEUSE. | STOMATITE MERCURIELLE. |
| --- | --- |
| Ulcères recouverts ou non d'une fausse membrane, *vastes*, *peu nombreux*, souvent ulcère unique, profond. | *Ulcères nombreux*, peu étendus généralement, peu profonds. |

| | |
|---|---|
| Tissus environnant l'ulcère *profondément altérés.* | Tissus environnant l'ulcère *participant seulement au gonflement* des autres parties de la bouche. |
| Langue de *volume ordinaire.* | Langue *gonflée*, quelquefois à un degré extrême. |
| Ébranlement des dents *ne survenant qu'après la destruction* profonde des tissus. | Ébranlement des dents *à une époque peu avancée* de la maladie. |
| *Commémoratifs.* Point de traitement mercuriel récent. | *Antécédents.* Traitement mercuriel récent. |

3° *Signes distinctifs de la stomatite gangréneuse et des aphthes confluents.*

| STOMATITE GANGRÉNEUSE. | APHTHES CONFLUENTS. |
|---|---|
| Ulcère *ordinairement unique*, vaste, profond. | *Nombreuses ulcérations*, succédant à des vésicules. |
| Maladie *bornée* à la cavité buccale. | *Envahissant* le pharynx. |
| *Abattement remarquable* parmi les symptômes généraux. | *Excitation remarquable* parmi les symptômes généraux. |

Ce diagnostic ne s'applique qu'à la forme franchement ulcéreuse.

4° *Signes distinctifs de la stomatite charbonneuse et de la fluxion de la joue.*

| STOMATITE CHARBONNEUSE. | FLUXION DE LA JOUE. |
|---|---|
| *Noyau* dur central. | *Pas de noyau* dur central. |
| D'une part, *couleur violette de la joue ;* de l'autre, aspect d'un blanc mat de la muqueuse buccale. | *Simple gonflement* avec tension, *rougeur légère* et uniforme des tissus envahis. |
| Symptômes généraux remarquables par l'*abattement général.* | *Symptômes généraux nuls* ou très légers. |

*Pronostic.* — L'affection dont nous venons de donner l'histoire est une maladie en général grave ; cependant il est plusieurs particularités qui augmentent ou diminuent cette gravité. L'extrême jeunesse, ainsi que l'a fait remarquer M. Taupin, rend la maladie beaucoup plus dangereuse, non-seulement parce qu'il est difficile de soumettre les enfants à un traitement convenable, mais encore parce que la débilité de la constitution rend les complications plus fréquentes et plus graves. Il est à regretter que M. Taupin ne nous ait pas donné sur ce point des détails plus précis.

La forme de la maladie est plus importante encore à considérer sous le point de vue du pronostic. Il résulte, en effet, des recherches récentes, que la stomatite ulcéreuse, et surtout la stomatite couenneuse, cèdent assez facilement à la médication topique, qu'on met ordinairement en usage, et qu'il n'en est pas de même de la stomatite charbonneuse. Celle-ci, en effet, tend incessamment à envahir et à détruire de nouveaux tissus, et, les complications survenant, elle se termine presque toujours par la mort. La petitesse extrême du pouls, la dépression complète des forces et la diarrhée colliquative, annoncent cette terminaison funeste.

Un résultat numérique qui peut donner une juste idée de la gravité de la maladie, est celui qu'a obtenu M. J. Tourdes, en rassemblant des observations empruntées à un grand nombre d'auteurs. Sur 239 cas, la mort a eu lieu 176 fois, et la guérison seulement 63 fois.

### § VII. — Traitement.

Puisque les auteurs anciens ont confondu sous le nom d'*aphthes gang* plusieurs maladies différentes, il serait inutile de rechercher le traitemen ont appliqué à la maladie qui nous occupe. Il diffère, au reste, assez peu qui a été prescrit par les modernes, et que nous allons indiquer. M. Ta divise en traitement préservatif et en traitement curatif. Cet exemple doit êtı

1° *Traitement préservatif.* — Ce traitement se tire naturellement de dérations présentées plus haut sur l'influence des conditions hygiéniques production de la stomatite gangréneuse. Ce sont des conditions tout oppo conviennent aux enfants pour les préserver de cette maladie grave, surto épidémie s'est déjà manifestée dans le lieu qu'ils habitent. Il faudra d'a éloigner du foyer d'infection, et si on ne le peut, du moins les séparer soi ment de ceux qui sont atteints de la maladie. On devra leur faire habiter un et bien aéré, les prémunir contre les influences atmosphériques par des vé chauds et secs dans les saisons froides et humides, leur donner une no suffisante et saine ; et si ces moyens ne suffisent pas, employer les toni pourraient faire cesser la débilité prédisposante.

Comme l'a très bien fait observer M. Taupin, il ne faut pas négliger d'i la bouche aussitôt qu'on a quelques soupçons. Chez les enfants placés conditions prédisposantes que nous avons énumérées, et chez les autr symptômes de la maladie se sont manifestés, il faudra arracher les dents entretenir une *propreté parfaite*, surtout s'il existe des abcès, des pl fistules, qu'il est urgent de faire cicatriser le plus tôt possible par les moye naires, c'est-à-dire par les injections astringentes, iodurées, la cautérisat Le tartre accumulé sera enlevé avec soin, et l'on frictionnera fréquemı dents avec une brosse douce trempée dans une solution chlorurée, as ou tonique, telle que la décoction de quinquina, l'eau-de-vie de gaïac, e avons déjà indiqué ce traitement préservatif dans l'article *Stomatite cou* mais il était important de le reproduire ici.

2° *Traitement curatif.* — Depuis qu'on a mieux établi le diagnostic d tion qui nous occupe, les auteurs sont d'accord sur le peu d'efficacité du tı général ; c'est à un traitement local actif qu'ils accordent toute leur confian traitement local consiste presque exclusivement dans les *applications c* qui ont déjà été indiquées dans les stomatites précédemment décrites, e dans la stomatite couenneuse, ce que l'on conçoit facilement, puisque l dont il s'agit affecte si fréquemment la forme couenneuse. Cependant, c stomatite véritablement gangréneuse est plus grave et plus profonde, il es tant d'introduire dans l'application des remèdes des modifications propres promptement les progrès du mal. Voyons donc quels sont les moyens employer, et comment ils doivent être employés.

A. *Traitement local.* — Il faut rejeter les *émollients*, qui non-seule produiraient pas d'effet utile, mais encore feraient, comme le remarque M. perdre un temps précieux. Les *gargarismes* cependant peuvent être e mais uniquement pour nettoyer la bouche et la débarrasser, autant que

de l'odeur infecte qu'elle exhale. Les *gargarismes chlorurés*, tels qu'ils ont été indiqués plus haut (1), sont prescrits dans ce but avec un grand avantage. Mais, nous le répétons, ces moyens ne sont qu'accessoires, et il faut s'empresser de recourir à d'autres plus énergiques.

Billard s'occupe d'abord du traitement de l'infiltration qui environne la partie occupée par la gangrène. Parmi les moyens qu'il conseille, dans le but de la faire disparaître, nous trouvons d'abord les *frictions aromatiques* ou *sèches*. Ces frictions ne peuvent être pratiquées qu'avec difficulté, et, en outre, il faut faire observer que l'infiltration étant entretenue par une lésion profonde, on ne peut guère espérer de la voir disparaître avant d'avoir attaqué cette lésion elle-même. On n'aura donc qu'une confiance très limitée dans l'emploi de ce moyen : cependant on pourra mettre en usage les frictions de ce genre, mais seulement comme adjuvants et dans le cas où l'enfant s'y prêterait, car il faudrait se garder de lui faire violence. On se sert soit du *baume opodeldoch*, soit du liquide suivant :

| | |
|---|---|
| ℞ Vin aromatique......... 250 gram. | Alcool camphré........... .. 20 gram. |

Mêlez,

ou bien encore :

| | |
|---|---|
| ℞ Carbonate d'ammon. liquide. 10 gram. | Eau-de-vie camphrée......... 50 gram. |

Mêlez.

Ces derniers liniments doivent être principalement employés, selon Billard, lorsque l'œdème devient circonscrit et dur.

*Émissions sanguines.* — Les émissions sanguines sont rarement pratiquées et ne le sont qu'au début de la maladie, alors qu'il se manifeste des symptômes inflammatoires. M. Taupin conseille d'y recourir lorsque l'affection s'accompagne d'un gonflement considérable des joues et des lèvres. Dans ce cas, il faut appliquer d'une à quatre *sangsues* (suivant l'âge du sujet), à l'angle de la mâchoire du côté malade. *Le défaut d'observations ne nous permet pas d'apprécier d'une manière exacte l'influence de ce moyen, sur lequel, d'après la nature de la maladie, il paraît dangereux d'insister.*

*Caustiques.* — Ce sont là les remèdes qui sont employés de préférence et que l'on regarde avec raison comme les plus utiles. Le *chlorure de chaux* sec a été mis en usage par M. Bouneau dans ces derniers temps, et M. Taupin le regarde comme héroïque. Voici, d'après ce dernier auteur, comment se fait l'application de cette substance :

TRAITEMENT PAR LE CHLORURE DE CHAUX SEC (BOUNEAU, TAUPIN).

On a soin d'avoir du chlorure bien sec, réduit en poudre très fine. On humecte légèrement son doigt, puis on le trempe dans un flacon rempli de la poudre de chlorure, et l'on frictionne assez rudement les parties affectées. Après des lotions répé-

(1) Voy. *Stomatite couenneuse.*

tées, le chlorure, le liquide putride et les concrétions membraniformes sont rejetés. On recommence alors l'opération de la même manière, et on laisse le contact durer plus longtemps; puis on recommande au malade de se gargariser de nouveau et de rejeter le chlorure, ce qu'il fait d'autant plus volontiers que la saveur de ce sel est très désagréable. Ces frictions amènent quelquefois un écoulement sanguin peu abondant qui ne peut avoir nul inconvénient et qui aide au dégorgement des parties voisines. Le chlorure agit à la fois comme caustique et comme désinfectant, et donne aux parties un mode d'irritation nouveau, qui fait disparaître l'irritation spécifique.

Suivant M. Taupin, ce moyen réussit constamment en ville, parce qu'on prend toutes les précautions nécessaires; et si on le voit échouer quelquefois à l'hôpital, il faut attribuer ses insuccès à la négligence avec laquelle on en fait l'application. « Souvent, ajoute-t-il, on voit disparaître en huit ou dix jours, et quelquefois en quatre ou cinq seulement, des stomatites gangréneuses qui duraient depuis plusieurs mois et avaient résisté à tous les moyens de traitement. » On se rappelle ce que nous avons dit plus haut à l'occasion de ces stomatites gangréneuses de très longue durée, dont l'existence ne me paraît pas parfaitement établie. Ne s'agissait-il pas, dans ces cas, de ces diphthérites à marche lente qui ont été signalées par les auteurs modernes?

M. J. Tourdes a fait remarquer que depuis l'emploi de ce traitement, la stomatite gangréneuse n'a pas fait moins de ravages; ce qui diminue beaucoup sa valeur.

Quant aux accidents que pourrait produire cette substance appliquée chez les enfants très jeunes, et qui parfois en avalent une certaine partie, il n'en existe pas de réels, ainsi que M. Taupin a pu s'en assurer. Ce n'est que dans des cas très rares que les enfants avalent un peu de chlorure, et alors le vomissement qui a lieu immédiatement en débarrasse promptement l'estomac, ce qui prévient toute conséquence fâcheuse. Le seul inconvénient que M. Taupin ait reconnu au chlorure, c'est de noircir les dents pour un temps assez long; mais c'est là un inconvénient qui ne doit être compté pour rien dans le traitement d'une maladie aussi grave.

M. Rey (1) employait la solution de *chlorure d'oxyde de sodium*.

L'*alun*, le *borax*, etc., peuvent être employés de la même manière; mais, suivant les observations de M. Taupin, qui malheureusement n'a pas donné l'analyse des cas, l'action de ces substances est bien moins efficace. On peut voir d'ailleurs, relativement à leur application, ce qui en a été dit plus haut dans les articles *Stomatite couenneuse* et *Stomatite mercurielle*.

Le moyen qui vient d'être indiqué est spécialement appliqué dans les cas de stomatite à forme ulcéreuse et couenneuse. Si toutefois la maladie paraissait très superficielle, on pourrait se contenter de la cautérisation faite à sec avec le *crayon de nitrate d'argent*. L'usage de l'*acide hydrochlorique*, mêlé à deux ou trois parties de miel, aurait aussi des avantages dans ce cas.

Mais lorsque l'affection se déclare tout d'abord avec les caractères de la forme charbonneuse, ou lorsque, par suite des progrès du mal, la mortification, dans les

(1) *Annales de la médecine physiologique*, t. III, p. 807; et *Mémoires de M. J. Tourdes*, p. 84.

premières formes, a gagné les parties profondément situées, il faut mettre en
e des moyens plus énergiques encore.

*Cautérisation par les acides.* — L'*acide hydrochlorique* est celui qui est le généralement choisi. La plupart des médecins se contentent de l'appliquer soit soit mêlé avec une ou deux parties de miel rosat, sur les points affectés. On se pour cette opération d'un pinceau de charpie. M. Taupin fait observer à ce que l'eschare gangréneuse défend la partie ulcérée contre l'action de l'acide par là est annulée ; en outre, cette application de l'acide n'est pour lui qu'un en préparatoire pour rendre les parties accessibles au traitement par le rure sec tel qu'il vient d'être exposé. Voici, d'après cet auteur, comment il agir :

CAUTÉRISATION PAR L'ACIDE HYDROCHLORIQUE SUIVIE DE L'EMPLOI DU CHLORURE SEC.

Prenez l'acide hydrochlorique pur, et, avec de la charpie, formez un pinceau vous fixerez bien autour d'un manche solide, ou bien servez-vous de l'éponge fixée dans une tige de baleine, comme le recommande M. Bretonneau (1) ; puis, réséquez préalablement avec des ciseaux les parties mortifiées ; faites quelques scarifications sur les parties saines, imbibez d'acide le pinceau ou l'éponge ; primez de telle sorte que le liquide caustique ne puisse point couler, et touchez-avec soin toutes les parties affectées, ainsi que le fond des scarifications.

Il est essentiel de garantir avec soin la langue, les joues et les dents, de l'action caustique. Pour cela, si la cautérisation se pratique sur la face interne de la joue, il faudra introduire dans la bouche une cuiller dont la concavité dirigée vers l'arcade dentaire préservera les dents et maintiendra la langue. Si la cautérisation est pratiquée sur les gencives, il faudra, d'une part, faire écarter la joue par un aide, et de l'autre, maintenir la langue éloignée soit avec le doigt, soit avec une autre cuiller. Si, malgré toutes ces précautions, une partie de l'acide avait touché les dents, il faudrait se hâter de les essuyer. De plus, et de quelque manière que la cautérisation ait été faite, elle doit être immédiatement suivie d'une lotion propre à entraîner la quantité surabondante d'acide. Si la chute de l'eschare se faisait trop longtemps attendre, il faudrait avoir recours de nouveau à la résection et aux scarifications avant de recommencer l'application de l'acide.

Nous avons dit plus haut que, dans le traitement tel qu'il est conseillé par M. Taupin, l'emploi de l'acide n'est qu'un moyen préparatoire. Cet auteur conseille, en effet, aussitôt que l'eschare s'est détachée, et lorsque les parties malades sont plus accessibles, d'avoir recours au chlorure de chaux sec de la manière précédemment indiquée. L'*acide nitrique*, l'*acide sulfurique* et le *nitrate acide de mercure*, peuvent être employés de la même manière. Le *suc de citron* n'a point de propriétés véritablement caustiques ; cependant il est appliqué localement ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Taupin, il ne peut guère avoir d'action que dans les cas où la maladie est bornée aux gencives ; il a l'inconvénient de rendre les dents très douloureuses. Enfin, on a employé d'autres acides, tels que l'*acide phosphorique* (Richter), l'*acide pyroligneux* (Raimain, Moore, Coates, etc.), la *créo-*

(1) Voy. t. II, art. *Croup*, p. 439.

*sote*, la *potasse caustique*, etc. On trouvera des indications précises sur l'empl ces substances dans la thèse de M. J. Tourdes.

### CAUTÉRISATION AVEC LE BEURRE D'ANTIMOINE.

Baron, et après lui Billard, ont conseillé, dans les cas où l'on voit se manife à l'intérieur de la bouche une légère érosion, et à l'extérieur une tache ou ec mose violacée, c'est-à-dire lorsque la maladie s'est emparée des tissus prof d'employer le *chlorure d'antimoine* de la manière suivante :

Il faut faire en dehors de la joue une incision cruciale, au fond de laquell introduit une petite quantité de chlorure d'antimoine, en ayant soin de surv cette cautérisation, pour qu'elle n'entraîne pas de trop grands désordres.

Cette manière de traiter la stomatite gangréneuse n'est pas généralement sui On conçoit, en effet, tous les inconvénients qu'il y a à attaquer ainsi le mal pa face externe de la joue, à une époque où les progrès de la maladie ne sont pas a avancés pour qu'on ne puisse plus espérer de voir la peau rester intacte.

*Cautère actuel.* — [Nous avons une grande confiance dans l'emploi du cau actuel. C'est en vain qu'on invoquerait ici la terreur qu'un pareil moyen inspir aux enfants, la difficulté qu'on éprouve à le bien employer, la douleur qui résulte. Il n'est pas de meilleur caustique que le fer rouge, il n'en est pas de rapide, de plus sûr, de plus facile à diriger et à modérer. Les acides sont plus dèles et causent plus de douleur. D'ailleurs, si l'on est convaincu de l'extrême g vité des gangrènes de la bouche, de la nécessité d'y porter remède le plus tôt p sible, et de l'innocuité relative du cautère actuel, on n'hésitera pas à employer moyen. Il ne faut pas cautériser au dehors, et si l'on attend que l'eschare apparai à l'extérieur de la joue, il sera trop tard. Sitôt que la fétidité de l'haleine, le déc lement des gencives ou l'apparition d'un sillon grisâtre sanieux et fétide dans vestibule de la bouche, avec gonflement, annoncera la gangrène, il faudra har ment cautériser sur ce point. Il faut garnir la bouche de l'enfant du côté de joue et du côté de la langue avec une lame de carton, ou du linge mouil et éteindre le cautère sur la partie gangrenée sans toucher aux parties saines. cautère électrique, manié avec prudence, sera, en pareil cas, d'un puiss secours.

Si nous recommandons la cautérisation avec le fer rouge, c'est que nous avons observé par nous-même, un grand nombre de fois, les excellents effets.]

*Traitement de la plaie qui succède à la chute de l'eschare.* — Quel que s le moyen que l'on a mis en usage, il faut avoir recours à un traitement particul pour la plaie quelquefois énorme qui en résulte. On fera dans la plaie des *inje tions toniques;* ainsi deux ou trois fois par jour on injectera le liquide suivan

| | |
|---|---|
| ℞ Vin rouge............. 130 gram. | Pétales de rose rouge......... 10 gram. |

Faites infuser une demi-journée, et passez.

Les injections pourront être faites également avec une *décoction de quinqui camphré*, et l'on se servira, pour le *pansement* de la plaie, de charpie trem rée da le vin aromatique.

Les chlorures sont encore utiles dans cette partie du traitement. Ainsi l'on pourra re les injections avec :

℞ Chlorure de chaux liquide.. 2 gram. | Eau commune.............. 15 gram.

Mêlez.

En outre, il faudra avoir grand soin de faire sur la solution de continuité les lications de chlorure sec, dans le but d'arrêter la marche de l'affection.

Plus tard, lorsque la plaie a pris l'aspect d'une plaie ordinaire, on doit prendre ore des précautions dont l'utilité a été signalée par M. Taupin. Il faut en *cautér les bords*, *extraire les portions d'os nécrosées*, dont la chute se ferait trop gtemps attendre; introduire, entre les parties molles et les os, de *petits corps lides* de métal, ou mieux d'ivoire, pour empêcher les adhérences vicieuses qui dent les cicatrices difformes; enfin, *rapprocher doucement les bords de la plaie*, manière à favoriser la cicatrisation. Lorsque toutes ces précautions ont échoué, que la cicatrice reste très difforme, on emploie plus tard les *procédés d'autoastie* qui ne doivent pas nous arrêter ici, parce qu'ils sont entièrement du doine de la chirurgie.

2. *Traitement général.* — Nous avons dit que le traitement général avait une portance bien moins grande que le traitement local. Cependant il ne doit pas être tièrement abandonné. Il est, en effet, dans l'état général du malade des indicans qui doivent être prises en considération. L'affaissement extrême dans lequel le trouve, la petitesse si considérable du pouls, et la nature même de la maladie, nt engagé tous les médecins à avoir principalement recours aux *toniques;* et l'on e pourrait se dispenser de les mettre en usage que dans les cas où une inflammaon plus violente qu'à l'ordinaire donnerait lieu à de vifs symptômes d'inflammaon; ce qui est fort rare.

*Chlorate de potasse.* — M. le docteur Henry Hunt (1) administre le *chlorate de otasse* de la manière suivante :

Avant de donner ce médicament, lorsqu'il lui est possible d'amener l'enfant à endre un purgatif, il prescrit d'abord de la rhubarbe et du sulfate de potasse, ec 1 grain (0,05 gram.) de calomel; mais, en général, la douleur et la sensibilité la bouche étaient si grandes dans les cas qu'il a traités, qu'il ne pouvait y parnir. Il a donc donné le chlorate tout de suite, et a attendu un jour ou deux que bouche fût devenue moins douloureuse, et c'est alors qu'il a ordonné le purgatif. La quantité de chlorate que M. Hunt a l'habitude de prescrire varie, suivant ge de l'enfant, depuis 20 jusqu'à 60 grains (1 à 3 gram.), donnés en vingt-quatre ures, dissous dans l'eau et en plusieurs doses. Les bons effets se manifestent uvent dès le lendemain, et presque toujours dès le second jour. L'odeur de l'hane, qui est si fétide dans cette maladie, diminue bientôt, les ulcères reprennent meilleur aspect, l'écoulement de la salive est moins abondant, et s'il n'y a qu'une nple ulcération, elle guérit rapidement; s'il y a une eschare, elle se sépare omptement, et la surface bourgeonne facilement. L'auteur dit n'avoir jamais vu, ns aucune autre maladie, les bons effets d'un médicament se manifester aussi

(1) *Med.-chir. Trans.*, 1846.

rapidement que ceux du chlorate de potasse dans ce cas. Il est, suivant M. Hunt, quelquefois convenable et même nécessaire de répéter de temps en temps le pur-gatif. Tous les enfants que M. Hunt a eu à traiter ont guéri, à l'exception d'un seul, qui vécut assez longtemps cependant pour montrer l'heureuse influence du traitement.

C'est aux praticiens à expérimenter cette médication et à en juger l'efficacité.

La *décoction de quinquina*, les *substances amères*, telles que la *gentiane*, la *petite centaurée*, le *houblon*, sont des médicaments fort employés.

On trouve aussi dans les boissons et les aliments, dans le *régime* en un mot, des moyens propres à tonifier notablement les malades. Une petite quantité de vin vieux, des gelées de viande en assez grande abondance, si l'état général le permet; une grande propreté, une douce chaleur, une atmosphère sèche, non-seulement raniment les forces épuisées, mais encore permettent aux médicaments d'agir avec plus d'efficacité, et ces moyens hygiéniques ont d'autant plus d'action, que les en-fants y sont moins habitués, lorsque toutefois ils n'ont pas été entièrement épuisés par les privations.

Quant à l'*œdème général* que présentent quelques-uns des malades, et qui s'e ordinairement manifesté à la suite de la scarlatine, des *fumigations* sèches et ar matiques, et de légers *minoratifs*, suffisent ordinairement pour les faire disparaîtr

Restent maintenant les principales *complications*, qui sont, ainsi qu'on l'a v plus haut, la *pneumonie* et la *diarrhée chronique*. M. Taupin pense que, dans traitement de la première, il faut s'abstenir des émissions sanguines, les malad étant dans un grand affaissement. Cette opinion est généralement partagée, et l'o doit admettre avec cet auteur qu'il vaut mieux avoir recours immédiatement : *tartre stibié à haute dose* (1); mais il faut ajouter que, lorsque la pneumonie, s aiguë, soit chronique, vient compliquer la stomatite ulcéreuse, les moyens employ sont presque constamment insuffisants.

Dans la diarrhée chronique, ce sont les *opiacés* qu'il faut mettre en usage, l'on ne doit pas craindre d'en élever la dose, parce que les nombreuses évacuatio augmentent encore la déperdition des forces, et rendent bien plus grave la mala principale. Il faut, en pareil cas, donner matin et soir un lavement d'eau de g mauve, avec addition de 2 *à* 6 *gouttes de laudanum*, suivant l'âge du sujet, appliquer des *cataplasmes laudanisés* sur l'abdomen.

Quant aux autres complications, le médecin trouvera facilement le traitem qui leur convient.

Nous ne croyons pas devoir multiplier les moyens de traitement ; le lecte s'il le désire, en trouvera un certain nombre d'autres dans l'excellente thèse M. J. Tourdes.

*Résumé, ordonnances.* — Le traitement qui vient d'être indiqué est assez si ple. On a vu que nous avons, pour ce traitement, suivi presque exclusivem M. Taupin, comme nous l'avons fait pour l'étiologie et la symptomatologie. N avons cru devoir agir ainsi, parce que les résultats signalés par M. Taupin ress tent plus particulièrement de l'observation de ceux qui ont été proclamés p d'autres. Cependant nous devons exprimer ici, plus que nous ne l'avons enc

(1) Voy. art. *Pneumonie*, t. II.

fait, le regret que cet auteur ne nous ait point donné l'analyse rigoureuse et numérique de ses observations. Cette précaution était bien plus importante au point de vue du traitement; il résulte de cette lacune, que nous n'avons pu présenter que des appréciations générales dont la précision, quoiqu'un peu plus grande que celle des autres travaux sur cette matière, n'est cependant pas complète.

Le traitement étant assez simple, ainsi que nous venons de le dire, il serait inutile de formuler un grand nombre d'ordonnances. Nous allons en donner deux pour les cas principaux :

### Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE STOMATITE A FORME ULCÉREUSE QUI N'A POINT PÉNÉTRÉ TRÈS PROFONDÉMENT.

1° Pour tisane, infusion de petite centaurée édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° Appliquer le chlorure de chaux sec comme il a été dit plus haut (p. 509).

3° Toucher avec l'acide chlorhydrique, et, à la chute des eschares, employer le chlorure de chaux sec.

4° Cautérisation avec le fer rouge (p. 512).

5° Traitement des complications (p. 514).

6° Régime composé d'un peu de vin vieux, de gelées de viande, d'autres aliments analeptiques.

### IIe Ordonnance.

DANS UN CAS OU LA GANGRÈNE AFFECTE PRIMITIVEMENT OU GAGNE LA PROFONDEUR DES TISSUS.

1° Pour tisane, légère décoction de quinquina édulcorée avec le sirop de gentiane.

2° Scarifier la partie interne de la joue, puis cautériser avec l'acide hydrochlorique pur; après la chute de l'eschare, faire une nouvelle cautérisation, et terminer par l'application du chlorure sec.

3° Cautérisation avec le fer rouge (voy. p. 512).

4° Traitement de la plaie résultant de l'élimination des parties gangrenées (voy. p. 512).

5° Le reste du traitement et le régime, comme dans l'ordonnance précédente.

Le traitement de M. Hunt, par le *chlorate de potasse*, pourrait donner lieu à une troisième ordonnance; mais ce que nous en avons dit plus haut (p. 513). est suffisant.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement préservatif.* — Éloigner les enfants du séjour de l'infection; habitation dans un lieu sec bien aéré; nourriture et vêtements sains; toniques; propreté de la bouche; avulsion des dents cariées; lotions astringentes.

2° *Traitement curatif.* — Gargarismes détersifs, chlorurés ou acidulés; frictions aromatiques ou ammoniacales; caustiques: chlorure de chaux sec; acides; beurre d'antimoine; cautère actuel; traitement de la plaie résultant de l'élimina-

tion des parties mortifiées; toniques; chlorate de potasse; régime analeptique; traitement des complications.

## ARTICLE IX.

### GLOSSITE.

La glossite est une affection connue depuis les temps les plus reculés de la médecine. Déjà Hippocrate (1) en avait fait mention. Arétée (2) en a donné une courte description, dans laquelle il signale principalement le gonflement de cet organe, qui ne peut être contenu dans la bouche. Galien (3) cite un cas remarquable de ce genre, et, après ces auteurs, un grand nombre d'autres ont rapporté des exemples de glossite. En général, on peut dire que les observations de cette maladie ont été recueillies et publiées avec empressement.

Ce serait un travail intéressant que celui qui, de tous ces faits dispersés, ferait sortir une histoire exacte de la glossite; mais ce travail n'a pas encore été fait, du moins avec toute la rigueur désirable. Les articles généraux publiés sur ce sujet sont presque tous calqués les uns sur les autres, et l'on se contente d'y mentionner les cas les plus curieux. Cherchons cependant, avec ces matériaux, ce qu'il y a de plus important à connaître dans l'histoire de l'inflammation de la langue.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La glossite est toute inflammation de la langue qui se développe soit spontanément, soit sous l'influence d'une cause irritante particulière. On voit, par cette définition, que nous faisons abstraction ici des inflammations plus ou moins profondes qui, dans le cours des maladies fébriles, affectent cet organe. Ce sont pourtant bien évidemment des glossites; mais, n'étant que de simples symptômes secondaires, elles ne méritent pas une description séparée. Si l'on voulait les faire entrer dans la description de la glossite, il faudrait leur donner le nom de glossite symptomatique. Nous nous contenterons d'en dire un mot en passant.

La glossite a été primitivement désignée sous le nom d'inflammation de la langue, et puis on lui a donné ceux de *tumeur*, *gonflement*, *phlegmon*, *phlegmon gangréneux*, *abcès de la langue*, suivant la manière dont les auteurs ont envisagé les symptômes. Quelques médecins ont décrit sous le nom de *glossanthrax* une inflammation très aiguë, dans laquelle ils ont cru reconnaître les caractères de l'inflammation charbonneuse.

Cette affection n'est point commune. Il est cependant, comme on le verra plus loin, un grand nombre de causes qui peuvent la produire; mais l'action de chacune de ces causes n'a guère été observée plus d'une ou deux fois. Il est beaucoup de médecins qui, dans le cours de leur pratique, n'ont jamais rencontré cette maladie.

(1) *Des épidémies*, liv. III, sect. 3, dans *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par E. Littré. Paris, 1841, t III, p. 67.
(2) *De caus. et sign. morb. acut.*, lib. I, cap. VII.
(3) *Meth. med.*, lib. XIV.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que des renseignements très vagues sur les causes prédisposantes de cette affection. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la grande majorité des sujets qui en ont été atteints étaient des *adultes*. On a cité comme prédisposante à cette maladie la *compression des veines jugulaires* par des liens trop serrés. Stoll affirme qu'il l'a vue se produire plusieurs fois chez des militaires dont le cou était comprimé par des cols rigides. On sent combien l'existence de cette cause aurait besoin de nouveaux faits pour être admise.

Un *traitement mercuriel* fait à une époque éloignée peut-il laisser dans l'économie une prédisposition à l'inflammation de la langue? Il en serait ainsi suivant J. Frank, qui cite une observation de P. Frank (1), une autre de Hosack (2), et enfin des cas qui lui sont propres (3) et dans lesquels des hommes ont été affectés de glossite après un traitement mercuriel qui remontait à deux ou trois ans. Cet auteur a oublié de rechercher s'il n'y avait pas eu une autre cause qui aurait pu faire naître la maladie; cette omission réduit de beaucoup la valeur de son assertion.

### 2° Causes occasionnelles.

Relativement aux causes occasionnelles, nous avons des renseignements bien plus précis; car c'est presque toujours à la suite d'une cause excitante directe que la glossite s'est développée.

En première ligne, on a placé les *blessures de la langue;* mais il faut remarquer que quelques-unes de ces blessures déterminent bien plus souvent l'affection que les autres : ce sont celles qui déchirent cet organe, et qui occasionnent par conséquent des plaies lacérées et contuses, comme celles qui résultent, par exemple, des lacérations exercées par les dents, soit dans la mastication, soit dans un rapprochement imprévu des mâchoires. Telle est l'opinion des auteurs; et cependant il faut le dire, quoique l'action de cette cause soit assez fréquente, notamment dans l'épilepsie, on voit bien rarement lui succéder une inflammation intense de la langue.

On a également cité, comme produisant cet effet, la *brûlure* de l'organe; mais les observations de ce genre sont rares. En général, les brûlures ne déterminent qu'une inflammation superficielle, à la suite de laquelle l'épithélium se détache en se roulant, ce qui est plutôt un accident léger qu'une maladie réelle. Cependant J. Frank rapporte un cas où une glossite intense a été déterminée, chez un enfant, par l'introduction, dans la bouche, d'une poire cuite brûlante.

Les simples *caustiques* déterminent ordinairement une inflammation très bornée, leur action ne s'étendant pas au delà du point cautérisé. Cependant cette cause produit quelquefois une glossite fort intense. Le docteur Van de Keere en a cité un exemple très remarquable qu'il a observé en 1816 à l'Hôtel-Dieu, dans le ser-

(1) *Traité de médecine pratique*, traduit par Goudareau. Paris, 1842, t. I, p. 142.
(2) *Essays on various subjects*. New-York, 1824, t. I.
(3) *Praxeos medicæ*, pars. III, vol. I, sect. 1 ; *De glossitide*, p. 519. Lipsiæ, 1830.

vice de Dupuytren. La maladie fut causée par la cautérisation, avec le sulfate de cuivre, d'un bouton qui occupait la partie postérieure et moyenne de la langue. Le gonflement de cet organe devint très considérable dans ce cas, sur lequel nous reviendrons plus loin.

Mais de toutes les causes excitantes il n'en est pas qui ait déterminé plus souvent la glossite que l'action des *substances vénéneuses, âcres ou narcotico-âcres*. Ainsi les sucs des plantes laiteuses, celui du daphne mezereum, comme Jos. Frank en a vu un exemple chez une jeune fille à laquelle un étudiant en médecine avait fait faire des gargarismes avec une décoction de cette substance; les feuilles de tabac, etc., ont produit souvent un gonflement considérable de la langue avec tous les autres signes de l'inflammation.

Le *venin de quelques animaux*, ou bien le contact de la langue avec un crapaud ou des corps qui ont touché cet animal, a été encore signalé comme une des causes les plus puissantes. L'exemple de ce genre le plus curieux est celui qui a été rapporté par Dupont, et qu'on a cité partout. Cet auteur a vu un jeune homme qui, par suite d'un pari, ayant mâché deux fois un crapaud, fut promptement affecté d'une glossite intense. J. Frank (1) cite une observation fort remarquable: il s'agit d'une femme qui fut piquée au pied (l'observateur ne dit pas par quoi), et qui, éprouvant une douleur intolérable dans le siége de la piqûre, y mit à plusieurs reprises de la salive avec ses doigts, qu'elle reporta, par conséquent, plusieurs fois à sa langue. Les symptômes de la glossite ne se firent pas longtemps attendre.

On a cité des exemples d'inflammation de la langue produite par d'autres agents excitants. Ainsi je trouve une observation (2) prise chez une épileptique, qui, ayant eu, pendant son accès, quelques gouttes d'*ammoniaque* en contact avec la langue, fut prise d'une glossite intense, bientôt suivie de gangrène. Ce cas fut mortel.

Enfin on voit, *dans le cours d'une maladie fébrile*, se produire fréquemment une inflammation de la langue. Mais cette lésion secondaire, subordonnée aux progrès de la maladie principale, ne doit pas nous arrêter ici. Il suffit de mentionner certains cas de *variole* où la glossite a été si intense, qu'elle a occasionné la destruction de l'organe.

Telles sont les causes de la glossite dont nous avons des exemples évidents. On a cité encore, d'après Ambroise Paré (3), l'ingestion d'une infusion vineuse de *sauge non lavée*. Ambroise Paré a attribué la production de la maladie au contact probable d'un crapaud avec les feuilles de la plante; mais est-on certain que parmi les feuilles de sauge il ne se trouvât pas quelques-unes de ces plantes âcres qui produisent plus particulièrement la glossite?

### § III. — Symptômes.

Nous avons dit plus haut qu'on avait divisé la glossite en *superficielle* et en *profonde*.

(1) *Journal de médecine de Bacher*. Paris, 1789, septembre.
(2) *Gazette de santé*. Paris, 1816, mai.
(3) *Œuvres complètes*, nouvelle édition, par J.-F. Malgaigne. Paris, 1841, t III, p. 321.

1° *Glossite superficielle.* — La première ne doit pas nous arrêter longtemps, car il suffit de lire les descriptions données par les auteurs pour voir que, sous le nom de *glossite superficielle*, on a désigné soit l'inflammation symptomatique de la langue que l'on observe principalement dans les fièvres graves, soit les aphthes et les petits ulcères de cet organe. Cependant il est des cas où, comme nous l'avons dit plus haut, cette inflammation acquiert par elle-même une assez grande gravité, et devient très profonde. C'est ce que l'on a observé en particulier dans la variole. Bartholin a cité un cas remarquable dans lequel la langue, après s'être ramollie et gangrenée chez un varioleux, fut en effet rejetée par l'expuition.

Cette inflammation superficielle de la langue se reconnaît aux caractères suivants : dans la plupart des cas, l'organe est dur, rétracté, sec, couvert d'une couche noire à sa surface, fendillé, comme brûlé ; cet état est celui que l'on voit dans le cours des fièvres graves, et que nous aurons à mentionner ailleurs avec plus de détail. Quelquefois, soit qu'il y ait une inflammation simple, soit que la langue se couvre de petits ulcères, ou de papules douloureuses, l'organe est légèrement tuméfié, souvent couvert d'une couche pultacée, et les dents y laissent une *empreinte* plus ou moins profonde ; en même temps la bouche est pâteuse, collante, et les malades sont poursuivis par une *saveur* plus ou moins désagréable. Mais c'en est assez sur un état morbide qui, nous le répétons, est lié presque toujours à des affections beaucoup plus graves. Passons maintenant à un sujet bien plus important : la glossite profonde.

2° *Glossite profonde.* — Pour la description de cette dernière espèce de glossite, il faut diviser la maladie en *aiguë* et en *chronique*. La glossite aiguë profonde est beaucoup plus fréquente et beaucoup mieux connue que la glossite chronique. Aussi la description suivante va-t-elle lui être presque exclusivement consacrée.

*Glossite aiguë profonde.* — Le *début* de l'affection est souvent brusque, c'est-à-dire qu'immédiatement ou presque immédiatement après l'action des causes énumérées plus haut, la langue devient douloureuse, se tuméfie rapidement, et la maladie acquiert son plus haut degré d'intensité. Ce n'est qu'alors que surviennent les symptômes généraux dont il sera question tout à l'heure.

*Symptômes.* — La *douleur* est ordinairement le premier symptôme qui se manifeste ; il est rare qu'elle soit très aiguë, et le gonflement qui la suit de près vient bientôt apporter une telle gêne dans l'exercice de fonctions importantes, qu'il excite presque exclusivement les plaintes du malade. Cette douleur peut cependant être très vive et se continuer longtemps ; c'est lorsqu'il se forme dans l'épaisseur de la langue des abcès, comme dans le cas observé par Dupuytren, et dans plusieurs autres qui ont été signalés par les auteurs.

Le *gonflement*. devient ordinairement très considérable dans cette forme de l'affection. Si Joseph Frank a dit qu'on avait eu tort d'assigner à la glossite une augmentation très grande de volume, c'est qu'il a confondu dans la même description la glossite superficielle et celle dont il est ici question ; car des cas assez nombreux que nous avons sous les yeux, et qui ont été recueillis depuis Galien jusqu'à nos jours, font tous mention d'un énorme développement de cet organe.

La langue ne peut plus être renfermée dans la bouche, qui reste constamment ouverte. Elle dépasse de deux ou trois travers de doigt, et plus, les arcades den-

taires, et les *dents s'impriment* à sa surface. Le cas observé par Dupont en offre un exemple remarquable.

Par suite de ce gonflement de la langue, le malade éprouve une *difficulté très grande dans la déglutition* et la *respiration*, et une *impossibilité complète d'articuler les sons*. Ces symptômes sont portés au plus haut degré lorsqu'un abcès s'est formé dans l'épaisseur de la base de la langue; car, d'une part, le gonflement de cette partie obstrue le pharynx et le larynx, et, de l'autre, la douleur vive qui existe alors rend impossibles les mouvements de l'organe.

D'autres symptômes qui sont la conséquence de ce gonflement énorme de la langue sont dus à la stase du sang veineux et à l'asphyxie; aussi voit-on, lorsque le mal est porté au plus haut degré, les malades en proie à une *vive anxiété;* la *face est tuméfiée* et animée, rouge ou livide; les yeux sont hagards; les sujets sont quelquefois plongés dans un assoupissement plus ou moins profond; en un mot, on observe tous les signes d'un embarras considérable dans la circulation de la tête; ils ont déjà été décrits dans cet ouvrage (1).

On a été jusqu'à dire, dans certains articles généraux, qu'il pouvait y avoir une *congestion cérébrale* notable et même une *apoplexie cérébrale*. Quant à la congestion cérébrale, elle ne s'est jamais montrée avec les caractères de la congestion rapide qui simule l'apoplexie; c'est, nous le répétons, une simple stase du sang; et relativement à l'apoplexie, il nous suffira de dire qu'on n'en trouve aucun exemple dans les observations les plus connues.

Il est inutile d'ajouter que les *efforts d'inspiration* sont violents, que la poitrine et l'abdomen se soulèvent fortement; car ce sont là des effets nécessaires de l'obstruction du larynx, la langue gonflée faisant alors l'office d'un corps étranger.

Les mêmes accidents peuvent être produits, quoique le gonflement de la langue ne soit pas assez considérable pour expliquer leur apparition. C'est qu'il survient alors une autre lésion à laquelle les auteurs n'ont prêté aucune attention; nous voulons parler de l'*œdème de la glotte*. Cet œdème de la glotte a été observé dans les cas où un abcès s'est formé dans l'épaisseur de la base de la langue. Nous en avons cité plusieurs exemples à l'article *Œdème de la glotte;* les principaux ont été rapportés par M. Miller (2).

La langue ainsi gonflée, et présentant à sa surface l'empreinte profonde des dents, est ordinairement remarquable par sa *sécheresse* et sa *rougeur obscure*, qui peut aller jusqu'au brun et au noirâtre. La portion pendante hors de la bouche offre ces caractères au plus haut point. Quelquefois on trouve à la surface de l'organe un *enduit blanchâtre* plus ou moins épais.

Quand la glossite est parvenue à ce haut degré d'intensité, et surtout lorsqu'un abcès se forme dans l'épaisseur de la langue, il survient un *mouvement fébrile* ordinairement peu intense, qui n'a été que très imparfaitement décrit par les auteurs. Le pouls est fort et fréquent, et la peau chaude et sèche.

Du côté des *voies digestives*, nous avons vu que la déglutition était devenue impossible. En outre, la *soif* est intense, et est surtout déterminée par la sécheresse extrême de la bouche. Cependant quelques auteurs ont avancé qu'un des symptômes

(1) Voy. art. *Asphyxie*, t. III, p. 376.
(2) Voy. t. II, *Œdème de la glotte.*

maladie était une salivation plus ou moins abondante ; mais il y a eu évidem- confusion entre les divers cas, et ceux qui ont émis cette assertion ont eu en s stomatites mercurielles dans lesquelles, ainsi que nous l'avons fait remar- la langue peut acquérir un volume très considérable. Les symptômes de la inférieure du tube digestif n'ont point été étudiés.

qu'à présent nous n'avons parlé que de la glossite occupant toute l'étendue de gue. On a cependant cité quelques cas très remarquables d'inflammation *bornée moitié* de cet organe. Carminati (1) a principalement insisté sur les faits de ure qui avaient été observés avant lui par Lentin et Mertens. il a même cher- expliquer les limites de l'inflammation dans ces cas particuliers ; il a noté que le la glossite affecte ainsi une seule partie de la langue, c'est le *côté gauche*, attribue cette préférence à ce que l'homme se couche ordinairement sur le roit, de telle sorte que le côté gauche de la face est exposé au froid. Si le fait démontré par des observations plus concluantes et plus nombreuses, il faudrait r aux causes précédemment indiquées l'*action du froid ;* mais rien n'est moins n. Le docteur Roberts James Graves (2) a cité un exemple fort curieux de espèce de glossite, qui existait en effet dans le côté gauche. Quoique ce côté itât une inflammation très intense, et que le gonflement fût très considérable, n'avait pas franchi la ligne médiane, ce qui produisait un contraste frappant les deux parties de l'organe.

s ces cas, la langue se trouve pour ainsi dire contournée. Ce n'est pas sa , mais une partie de son bord gonflé qui sort entre les arcades dentaires, et ôté sain fait une légère saillie entre les dents, c'est qu'il est repoussé par les s malades. Au reste, lorsque le gonflement est considérable, les accidents sont mes que ceux de la glossite générale, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant rvation rapportée par M. Graves.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

*marche* de la maladie est presque dans tous les cas extrêmement rapide, et ogrès sont incessants ; en peu d'heures, le gonflement de la langue peut être au plus haut degré.

*durée* de l'affection est courte ; on a vu des sujets être suffoqués en vingt- e heures. En général, l'affection est beaucoup plus longue lorsque la suppu- s'empare de l'organe.

*terminaison* de la maladie est très variable. Lorsque, par un traitement appro- on est parvenu à enrayer les progrès du mal, les symptômes décroissent avec rande rapidité, et l'on voit en particulier le gonflement se dissiper presque vite qu'il s'était produit. Cependant il n'est pas rare d'observer un reste de action avec un certain degré d'induration assez longtemps après que tous les s signes de la maladie ont complétement disparu. Dans l'observation citée par raves, la moitié gauche de la langue était encore, deux ans après la guérison, blement plus grosse que la droite. Cette persistance de la tuméfaction est, du

*Sulla glossitide* (*Memor. dell' I. R. inst. Lomb.-Veneto*, t. I, p. 225).
*Journal des progrès*, t. VIII.

reste, comme chacun sait, commune à la plupart des inflammations profondes d
organes.

*Abcès de la langue.* — Dans quelques cas, ainsi que je l'ai indiqué plusieurs fo
l'inflammation de la langue se termine par un abcès; c'est presque toujours à
base de l'organe que se produit la suppuration. Ce sont là les cas qui ont été dé
gnés par les auteurs sous le nom d'*abcès de la langue*. Si l'abcès est superficiel
peut se rompre et laisser écouler un pus ordinairement sanieux et fétide, et bien
après, presque tous les symptômes disparaissent entièrement; mais quelquef
il est nécessaire d'employer l'instrument tranchant, comme Dupuytren l'a fait a
tant de succès.

*Gangrène de la langue.* — On a vu la glossite se terminer par la gangrène
l'organe, et les cas de ce genre sont ordinairement mortels. Cependant nous avons
plus haut un cas où le sujet avait survécu, et l'on en trouve un petit nombre d'au
exemples dans les auteurs. Toutefois, il en est quelques-uns qui laissent des do
dans l'esprit : tel est celui qui a été cité par Horstius (1). Ce qui jette des do
sur cette observation, c'est que l'auteur affirme avoir vu la langue se reprod
après être tombée en putrilage. Il aura sans doute été trompé par la rétraction
mentanée de l'organe. Il serait, au reste, inutile d'insister davantage sur les
grènes de la langue, qui n'ont qu'une importance médiocre pour le praticien

3° *Glossite chronique.* — La *glossite chronique* est, comme nous l'avons
plus haut, beaucoup moins connue que la précédente. Il faut se garder, en eff
confondre avec une simple glossite le squirrhe et le cancer de la langue, dont
doit point être question ici, parce que ces affections sont du domaine de la cl
gie. Un exemple de glossite chronique a été rapporté par Joël Langelott (2). (
peut guère douter que, dans ce cas, il n'y eût une inflammation simple d'une
de la langue, qui durait depuis plusieurs semaines, car la maladie céda à des
sions sanguines abondantes. Cependant on pourrait, à la rigueur, rapporter
à la glossite aiguë, en admettant que la maladie aurait marché plus lentemen
l'ordinaire. Nous avons vu à l'hôpital Saint-Antoine un cas d'induration de la l
survenu lentement, sans déformation notable de l'organe, sans changement é
de couleur, et dans lequel les principaux symptômes étaient la difficulté de la
cation et de la production des sons. On ne découvrait nul signe de véritable squ
mais sans doute il eût fallu pouvoir suivre la maladie assez longtemps pour
surer que la dégénérescence cancéreuse ne serait pas devenue manifeste.

Nous nous hâtons de quitter ce sujet; car, avec le nombre très limité de
seignements que nous possédons, il serait inutile de chercher à faire une hi
détaillée de la *glossite chronique*.

## § V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons que quelques mots à dire sur les lésions anatomiques. L'inj
des tissus, leur gonflement, la présence d'un ou de plusieurs abcès contenant
quelquefois bien lié et quelquefois sanieux et putride, le ramollissement gangr

(1) *Ephemer. naturæ curios.*, dec. II, ann. II, obs. 51. Schol.
(2) *Miscellanées des cur. de la nat.*, ann. VI, obs. 9.

sont les seules altérations que, dans l'état actuel de la science, il soit
ɩentionner.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

*ostic* de la glossite ne doit guère nous arrêter plus longtemps. La glos-
:ielle n'étant presque toujours, comme on l'a vu plus haut, qu'une
ı d'une maladie générale beaucoup plus grave, n'exige point de dia-
iculier.
la glossite profonde, le développement considérable de l'organe suffit
:inguer des autres maladies. Dans la *stomatite mercurielle* seule, on
:tat de la langue qui pourra paraître au premier abord offrir une assez
emblance avec celui qui nous occupe; mais la salivation abondante,
ı pultacée, les ulcérations, sont des signes distinctifs tellement tran-
ne peut rester le moindre embarras dans l'esprit du médecin.
de diagnostic bien plus important, et même, à proprement parler, le
ant, c'est de savoir s'il existe ou non un *abcès* dans l'intérieur de l'or-
maladie a été produite par l'action d'un caustique, comme dans le cas
· Dupuytren, et bien plus encore si elle s'est développée en l'absence
occasionnelles que nous avons énumérées, il faudra se livrer à une explo-
ıtive, rechercher avec soin s'il existe, dans un des points de la base de
ıne saillie plus ou moins marquée, et surtout la fluctuation, car celle-ci
:ure, on en tirerait une des indications les plus précieuses pour le trai-
lheureusement, dans ces cas, le gonflement de la langue et la difficulté
de éprouve à ouvrir la bouche par suite de l'extension de l'inflamma-
:ties voisines, peuvent rendre l'exploration très difficile. Il serait inutile
r en tableau un diagnostic aussi simple.
c. — Le *pronostic* de l'affection est assez grave, puisqu'on a vu quel-
ıaladie se terminer par une suffocation mortelle. Cependant il résulte
ı des faits qu'elle est beaucoup plus effrayante que dangereuse, puisque,
nde majorité des cas, les moyens appropriés ont procuré une prompte
eux dans lesquels la mort a eu lieu le plus souvent, sont les cas d'abcès
ıe. La facilité avec laquelle se produit alors la laryngite œdémateuse
rand caractère de gravité à la maladie.

## § VII. — Traitement.

*:ment* de la glossite a été divisé par Marjolin (1) en traitement de la
erficielle et en traitement de la glossite profonde, d'après la division
haut relativement aux symptômes. Mais cette distinction, pour les rai-
ıus avons déjà données, n'a point une grande importance, car il suffit de
ıns les cas où la *glossite superficielle* paraît s'être développée sous l'in-
ıe excitation directe, quelques *gargarismes émollients*, des *fumigations*
ou *légèrement narcotiques*, des *bains*, font disparaître promptement
et que, dans ceux où cette glossite n'est qu'une lésion secondaire, on

*naire de médecine*, t. XVII, MALADIES DE LA LANGUE.

reste, comme chacun sait, commune à la plupart des inflammations profond organes.

*Abcès de la langue.* — Dans quelques cas, ainsi que je l'ai indiqué plusieur l'inflammation de la langue se termine par un abcès ; c'est presque toujour base de l'organe que se produit la suppuration. Ce sont là les cas qui ont été gnés par les auteurs sous le nom d'*abcès de la langue*. Si l'abcès est superfi peut se rompre et laisser écouler un pus ordinairement sanieux et fétide, et l après, presque tous les symptômes disparaissent entièrement : mais quelq il est nécessaire d'employer l'instrument tranchant, comme Dupuytren l'a fai tant de succès.

*Gangrène de la langue.* — On a vu la glossite se terminer par la gangrè l'organe, et les cas de ce genre sont ordinairement mortels. Cependant nous av plus haut un cas où le sujet avait survécu, et l'on en trouve un petit nombre d' exemples dans les auteurs. Toutefois, il en est quelques-uns qui laissent des d dans l'esprit : tel est celui qui a été cité par Horstius (1). Ce qui jette des d sur cette observation, c'est que l'auteur affirme avoir vu la langue se repr après être tombée en putrilage. Il aura sans doute été trompé par la rétractio mentanée de l'organe. Il serait, au reste, inutile d'insister davantage sur les grènes de la langue, qui n'ont qu'une importance médiocre pour le pratici

3° *Glossite chronique.* — La *glossite chronique* est, comme nous l'av plus haut, beaucoup moins connue que la précédente. Il faut se garder, en d confondre avec une simple glossite le squirrhe et le cancer de la langue, dont doit point être question ici, parce que ces affections sont du domaine de la c gie. Un exemple de glossite chronique a été rapporté par Joël Langelott (2). peut guère douter que, dans ce cas, il n'y eût une inflammation simple d'une de la langue, qui durait depuis plusieurs semaines, car la maladie céda à de sions sanguines abondantes. Cependant on pourrait, à la rigueur, rapporte à la glossite aiguë, en admettant que la maladie aurait marché plus lentem l'ordinaire. Nous avons vu à l'hôpital Saint-Antoine un cas d'induration de la survenu lentement, sans déformation notable de l'organe, sans changement de couleur, et dans lequel les principaux symptômes étaient la difficulté de la cation et de la production des sons. On ne découvrait nul signe de véritable s mais sans doute il eût fallu pouvoir suivre la maladie assez longtemps po surer que la dégénérescence cancéreuse ne serait pas devenue manifeste.

Nous nous hâtons de quitter ce sujet ; car, avec le nombre très limité seignements que nous possédons, il serait inutile de chercher à faire une détaillée de la *glossite chronique*.

## § V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons que quelques mots à dire sur les lésions anatomiques. L'i les tissus, leur gonflement, la présence d'un ou de plusieurs abcès contenan quelquefois bien lié et quelquefois sanieux et putride, le ramollissement gan

(1) *Ephemer. naturæ curios.*, dec. II, ann. II, obs. 51. Schol.
(2) *Miscellanées des cur. de la nat.*, ann. VI, obs. 9.

l'organe, sont les seules altérations que, dans l'état actuel de la science, il soit permis de mentionner.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la glossite ne doit guère nous arrêter plus longtemps. La glossite superficielle n'étant presque toujours, comme on l'a vu plus haut, qu'une complication d'une maladie générale beaucoup plus grave, n'exige point de diagnostic particulier.

Quant à la glossite profonde, le développement considérable de l'organe suffit pour la distinguer des autres maladies. Dans la *stomatite mercurielle* seule, on trouve un état de la langue qui pourra paraître au premier abord offrir une assez grande ressemblance avec celui qui nous occupe ; mais la salivation abondante, l'exsudation pultacée, les ulcérations, sont des signes distinctifs tellement tranchés, qu'il ne peut rester le moindre embarras dans l'esprit du médecin.

Un point de diagnostic bien plus important, et même, à proprement parler, le seul important, c'est de savoir s'il existe ou non un *abcès* dans l'intérieur de l'organe. Si la maladie a été produite par l'action d'un caustique, comme dans le cas observé par Dupuytren, et bien plus encore si elle s'est développée en l'absence des causes occasionnelles que nous avons énumérées, il faudra se livrer à une exploration attentive, rechercher avec soin s'il existe, dans un des points de la base de la langue, une saillie plus ou moins marquée, et surtout la fluctuation, car celle-ci fût-elle obscure, on en tirerait une des indications les plus précieuses pour le traitement. Malheureusement, dans ces cas, le gonflement de la langue et la difficulté que le malade éprouve à ouvrir la bouche par suite de l'extension de l'inflammation aux parties voisines, peuvent rendre l'exploration très difficile. Il serait inutile de présenter en tableau un diagnostic aussi simple.

*Pronostic.* — Le *pronostic* de l'affection est assez grave, puisqu'on a vu quelquefois la maladie se terminer par une suffocation mortelle. Cependant il résulte de l'examen des faits qu'elle est beaucoup plus effrayante que dangereuse, puisque, dans la grande majorité des cas, les moyens appropriés ont procuré une prompte guérison. Ceux dans lesquels la mort a eu lieu le plus souvent, sont les cas d'abcès de la langue. La facilité avec laquelle se produit alors la laryngite œdémateuse donne un grand caractère de gravité à la maladie.

### § VII. — Traitement.

Le *traitement* de la glossite a été divisé par Marjolin (1) en traitement de la glossite superficielle et en traitement de la glossite profonde, d'après la division établie plus haut relativement aux symptômes. Mais cette distinction, pour les raisons que nous avons déjà données, n'a point une grande importance, car il suffit de dire que, dans les cas où la *glossite superficielle* paraît s'être développée sous l'influence d'une excitation directe, quelques *gargarismes émollients*, des *fumigations émollientes* ou *légèrement narcotiques*, des *bains*, font disparaître promptement la maladie, et que, dans ceux où cette glossite n'est qu'une lésion secondaire, on

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XVII, MALADIES DE LA LANGUE.

chicorée. On fait prendre en même temps des boissons émollientes légèrem acidulées, en plus ou moins grande abondance, suivant l'intensité de la soif.

Tels sont les principaux *moyens médicaux* que l'on a recommandés dans le t tement de la glossite aiguë profonde. Avant de passer à l'exposition des mo *chirurgicaux*, il importe de tracer la conduite à suivre dans le cas où la déglut est devenue impossible.

Pour tromper la soif, on promènera sur la surface de la langue des liquide dulés ou des tranches d'orange, avec lesquels on aura soin d'humecter très so toute la partie de l'organe qui pourra être atteinte. Les divers médicaments a tiques ou purgatifs seront portés dans l'intestin à l'aide de *lavements*. Si le flement est assez considérable pour qu'il en résulte une stase considérab sang vers la tête, on mettra le malade dans une *position* telle, que la partie s rieure du corps soit bien plus élevée que l'inférieure. On prescrira, en outre des *sinapismes* aux mollets, soit des *pédiluves sinapisés*, dans le cas où i aurait pas à craindre un surcroît d'excitation.

*Scarification de la langue.* — Tous les moyens précédents n'ont, en gén qu'une action très limitée, et il n'est pas rare, malgré leur emploi, de voir la ladie faire des progrès alarmants. Il faut alors avoir recours à un moyen d beaucoup plus efficace : c'est la scarification de la langue, qui, suivant Mar paraît avoir été employée pour la première fois, en 1656, par Job. Meekren

Cette scarification doit être profonde et porter sur une grande étendue langue : elle doit être faite longitudinalement des deux côtés de la ligne méd Pour cela, Delamalle recommandait de placer entre les dents, soit un coin de soit un bouchon de liége, et cette pratique doit être suivie dans la plupart de car le gonflement de la langue exige une séparation forcée des arcades dent Puis on porte vers la base de l'organe, un peu en dehors de la ligne médian bistouri que l'on ramène ensuite jusqu'à son extrémité. Une scarification blable est ensuite pratiquée du côté opposé. Il est rare qu'on soit obligé de m plier les scarifications. Il ne faudrait toutefois pas hésiter, si le cas par l'exiger.

Nous avons dit plus haut que la scarification devait être profonde. On n pas craindre, en effet, de pénétrer jusqu'au quart et même jusqu'au tiers de l' seur qu'a acquise l'organe. Cette scarification peut paraître effrayante au pr abord ; mais on est fort étonné, lorsque la langue est revenue à ses dimen naturelles, de voir le peu de profondeur réelle des incisions : cela tient à c le gonflement porte principalement sur les couches superficielles dans lesq pénètre le bistouri. D'ailleurs, quelque effrayante que puisse paraître cette opération, l'expérience a parlé et a prouvé son innocuité. Le danger est immi il n'y a donc point à hésiter : il faut y avoir recours dès que la suffocation s clare.

Après la scarification, il est arrivé souvent qu'en quelques heures les symp les plus alarmants se sont dissipés, la suffocation a disparu avec le gonflem bientôt la langue a repris des dimensions telles, que la parole est devenue po malgré la gêne apportée par les plaies qu'on a faites à l'organe. Pour fav

(1) *Obs. méd-chirurg.* Amstelod., 1682.

[...]tion de la scarification, il faut avoir soin d'humecter fréquemment les solu[...]s de continuité avec un liquide émollient, de manière que l'écoulement [...] sang, qui n'est jamais très considérable, se prolonge aussi longtemps que [...]sible.

Dans deux ou trois cas, on a cru nécessaire de *retrancher une portion de la langue* ainsi tuméfiée. C'est une pratique qui doit être absolument rejetée, parce [...]'elle offre les plus grands dangers, et ne remédie qu'imparfaitement aux prin[...]x accidents. Il est donc inutile d'y insister ici.

*Laryngotomie.* — Enfin, si malgré tous les moyens qui viennent d'être exposés, [...]ffocation faisait sans cesse des progrès, si le danger devenait imminent, on ne [...]rait pas hésiter à établir la respiration artificielle en *incisant la membrane [...]co-thyroïdienne.* C'est là un précepte donné par tous les auteurs, et que, peut[...]re cependant, il faut un peu modifier. Un inconvénient notable de l'incision [...]mple de la membrane crico-thyroïdienne, c'est de ne donner le plus souvent qu'un [...]ccès insuffisant à l'air. Il serait, par conséquent, plus utile d'inciser non-seulement [...] membrane crico-thyroïdienne, mais encore le cartilage cricoïde, et un ou deux [...]neaux de la trachée, de manière à pouvoir introduire une canule assez large pour [...] le malade respire librement. On peut voir d'ailleurs, à ce sujet, ce qui a été [...] à l'occasion du croup et de l'œdème de la glotte (tome II).

On doit d'autant moins hésiter d'avoir recours à cette opération, que l'inflam[...]mation de la langue est par elle-même une maladie peu grave, de courte durée, et [...]nt on vient facilement à bout, si l'on peut maintenir le jeu des fonctions impor[...]tantes qu'elle gêne accidentellement. Après avoir pratiqué la laryngo-trachéo[...]tomie, on dirige de nouveau vers la langue les principaux moyens que nous avons indiqués.

*Traitement des abcès.* — Si la glossite se termine par suppuration, et qu'on ait pu reconnaître cette terminaison, il faut principalement insister sur les *vomitifs*, qui peuvent hâter la rupture de l'abcès, et amener par là une guérison prompte. Dans le cas où l'on sentirait la fluctuation, fût-elle très obscure, on devrait aussitôt plonger le bistouri dans le point où l'on supposerait l'existence d'un foyer purulent; car, dans le cas même où l'on se serait trompé, l'incision ne pourrait avoir aucune conséquence fâcheuse; et, si l'ouverture d'un abcès était faite, on verrait bientôt tous les symptômes s'amender promptement, et l'on n'aurait pas à craindre un accident consécutif grave, qui est l'œdème de la glotte. Dans le cas observé par Dupuytren, la pression exercée sur la langue fit sortir par un petit pertuis un peu de liquide purulent. Aussitôt une sonde cannelée fut introduite par cette ouverture, qui, notablement agrandie, livra un libre passage au pus, et tous les accidents se dissipèrent avec rapidité. C'est là la conduite qu'il faudrait suivre en de semblables circonstances.

*Traitement de la gangrène.* — Dans les cas rares où le ramollissement gangréneux a causé la chute d'une portion de la langue, si les limites de la gangrène ont été bien établies, il suffit de quelques lotions détersives pour le traitement consécutif. Les mêmes lotions, des injections avec la décoction de quinquina, les infusions de sauge, de romarin, auxquelles on ajoute le miel rosat, la teinture de myrrhe, etc., sont encore utiles dans la glossite terminée par suppuration, et dont il est difficile d'arrêter le suintement purulent.

Nous ne croyons pas qu'il soit utile d'entrer dans des détails sur le *traitem* *la glossite chronique*, à laquelle J. Frank donne le nom de *linguæ duritie* vague dans lequel nous sommes, relativement à l'existence même de cette mal ne nous permettrait que des conjectures. Qu'il nous suffise de dire que J. Fr recommande les frictions mercurielles, l'extrait de grande ciguë à l'extérieu collutoires émollients et narcotiques.

Tel est le traitement de cette maladie grave, qui doit être bien connue du p cien, quoiqu'elle ne se présente pas souvent. Les accidents qu'elle détermine en effet, si violents et si rapides, que, si l'on n'était pas suffisamment préve pourrait commettre une faute irréparable. Il est inutile de faire remarquer de tous les moyens indiqués, la scarification de la langue est le seul dont l'effica nous soit suffisamment connue.

Ce traitement étant très simple, une seule ordonnance est nécessaire pou faire connaître les principales indications.

**Ordonnance.**

DANS UN CAS DE GLOSSITE PROFONDE.

1° Pour boisson, si la déglutition est possible, eau d'orge miellée légère acidulée avec le jus de citron.

Si la déglutition est impossible, laver fréquemment la langue avec l'eau acid et promener des tranches d'orange à sa surface.

2° Une, deux ou trois saignées de 300 à 400 grammes chacune, dans les p mières vingt-quatre ou trente-six heures ; trente ou quarante sangsues à la bas la mâchoire.

3° ℞ Tartre stibié...... 0,05 gram. | Sirop de sucre.............. 25 gra
Infusion de tilleul... 250 gram. |

A prendre en deux fois.

Ou bien un purgatif salin ou résineux.

4° Dans le cas où la déglutition est impossible, administrer un lavement pu assez énergique.

5° Lotionner souvent la langue avec une décoction émolliente rendue n tique par l'addition d'une décoction de jusquiame, de datura, etc., ou par certaine quantité de laudanum.

6° Si la suffocation est imminente scarification de la langue (voy. p. 526)

7° Si la suffocation fait encore des progrès, et s'il y a menace d'asphyxie, l gotomie ou trachéotomie.

8° Diète absolue au fort de la maladie. Commencer l'alimentation, dès q chose est possible, par des aliments liquides.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines générales et locales ; gargarismes émollients et narcotiq injections, *idem ;* vomitifs ; purgatifs ; boissons émollientes acidulées ; scarifica

la langue; laryngotomie ou laryngo-trachéotomie; ouverture des abcès; ctions détersives.

---

Outre les diverses maladies qui viennent d'être passées en revue, il en est quel-es-unes à marche chronique qui se développent dans la bouche : ainsi, les diverses eurs, les *dégénérescences*, et en particulier la dégénérescence *cancéreuse*; s ces affections étant du domaine de la chirurgie, il ne nous appartient pas d'en ner l'histoire, et nous allons passer à la description des accidents causés par la tition.

## ARTICLE X.

### ACCIDENTS CAUSÉS PAR LA DENTITION.

Dans cet article, il ne doit être question que secondairement de la difficulté qu'éprouvent les dents dans leur éruption, et des lésions locales auxquelles cette éruption donne lieu. Il nous suffira d'en donner une idée générale pour éclairer l'étiologie, et pour mieux faire comprendre la succession des symptômes.

Rien n'est plus confus que l'histoire des maladies ou accidents causés par la dentition. Ce n'est pas que de très nombreux travaux n'aient été entrepris à ce sujet. Déjà Hippocrate avait rapidement indiqué les symptômes divers causés par la dentition laborieuse (1); Aétius, et plus tard Sydenham (2), et surtout Harris (3), insistèrent beaucoup sur les troubles de la dentition, qui jettent quelquefois les enfants dans un état fort grave. Après eux un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer particulièrement J. Hunter (4), ont fait des recherches intéressantes sur ce point de pathologie. Enfin, dans ces derniers temps, les auteurs des traités des maladies des enfants ont fait connaître sur ce sujet leurs opinions, bien plus encore que le résultat de leur observation.

Dans toutes ces recherches, on n'a pas procédé d'une manière rigoureuse; es impressions générales y tiennent presque toujours la place de l'analyse des aits. M. Trousseau (5) est le seul qui, à ma connaissance, ait cherché dans l'examen des faits quelle est la valeur des opinions admises dans la science. Nous emprunterons à ce travail, malheureusement fort incomplet, quelques documents intéressants.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On regarde comme troubles, accidents ou maladies causés par la dentition, tous s dérangements qui surviennent pendant l'éruption des dents, qui n'en sont pas

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré : *De la dentition*, t. VIII, p. 542.
(2) *Schedula monit. de novæ feb. ingres.*
(3) *De morbis acut. infant.* Amstelod., 1715.
(4) *Œuvres complètes*, trad. de Richelot, t. II, p. 138 et suiv. *Maladies des dents*, chap. IX, *De la dentition.*
(5) *Sur la dentition des enfants à la mamelle* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, novembre, 1841).

une conséquence nécessaire, et qui n'ont pas d'autre cause matérielle que cette éruption elle-même.

Mais ici se présente d'abord une question fort différemment résolue par les auteurs. Quelques-uns en effet, au nombre desquels il faut citer Rosen (1), Armstrong et Wichmann, pensent que la dentition ne peut point par elle-même déterminer des accidents graves, et que ces accidents doivent toujours, par conséquent, être rapportés à une autre cause; mais les nombreuses observations présentées par les auteurs, et en particulier celles de Hunter, que nous indiquerons plus loin, ainsi que les faits cités par Arnold (2), ont montré que cette opinion ne peut pas se soutenir, puisque des accidents alarmants, après avoir résisté à un grand nombre d'autres moyens, se dissipent immédiatement après l'éruption des dents, soit qu'elle ait lieu naturellement, soit qu'elle ait été rendue plus facile par une opération.

On a donné à l'ensemble de ces accidents les noms de *dentition laborieuse*, *dentition difficile*, *maladies odaxystiques* (3); *pathemata ex dentitione difficili* (Fréd. Hoffmann).

On ne sait pas d'une manière positive quelle est la *fréquence* de ces accidents causés par la dentition; des recherches suffisantes n'ont pas été faites sur ce point. On peut dire seulement d'une manière générale que ces accidents sont fréquents dans la première dentition, rares au contraire dans la deuxième. Nous verrons à l'article des *Causes* ce qui a été dit sur leur fréquence relative, suivant que l'éruption des dents est prématurée ou tardive.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

On a émis un assez grand nombre d'opinions sur les causes prédisposantes de ces accidents, et cependant nous n'avons à ce sujet que des renseignements fort vagues.

Il paraît d'abord inutile de parler de l'*âge* des sujets, puisque les accidents se montrant surtout *dans la première dentition*, il est évident qu'ils sont presque toujours observés chez les enfants à la mamelle. Mais, sous un autre point de vue, la question peut être posée et devient intéressante.

On a dit, en effet, et répété, qu'une *dentition trop précoce*, aussi bien qu'une *dentition tardive*, prédispose les enfants aux divers accidents causés par l'éruption des dents; mais nous n'avons point de faits qui viennent à l'appui de ces propositions. M. Trousseau a fait des recherches intéressantes sur l'époque de la sortie des dents, et a, sous ce rapport, modifié un peu la manière de voir généralement admise, en montrant que les limites assignées à la première dentition étaient trop étroites; mais malheureusement il n'a point appliqué ces recherches à l'étiologie des troubles de la dentition, de telle sorte qu'elles ne peuvent pas nous servir sous ce point de vue.

Le même vague se fait sentir quand on recherche l'influence de l'*éruption des*

(1) *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1778, in-8.
(2) *Wurtemb. corresp. Blatt.*
(3) Baumes, *Traité de la première dentition*. Paris, 1806, in-8.

*diverses dents*. Des faits nombreux, mais qui n'ont point été suffisamment précisés, ont fait admettre par plusieurs auteurs que l'éruption des molaires et des canines donnait lieu non-seulement à des accidents locaux plus intenses, mais encore à des troubles généraux plus graves, opinion qui me paraît la plus soutenable ; mais, d'un autre côté, J. Hunter, Alph. Leroy, etc., faisant remarquer qu'à l'époque de l'éruption de ces dents l'enfant est plus fort et plus vivace, soutiennent que les troubles de la dentition sont beaucoup plus rares et surtout moins graves. Ce sont là des sujets de recherches qui doivent vivement intéresser les observateurs.

Il en est de même de l'influence du *sexe*, sur laquelle nous n'avons aucun renseignement précis, et qui peut-être n'existe point, quoique Alph. Leroy et Girtanner (1) aient prétendu que les enfants du sexe masculin sont plus exposés à ces accidents, qui sont aussi plus graves chez eux.

Quant à la *constitution*, on admet généralement que la dentition est beaucoup plus sujette à produire des accidents chez les enfants débiles (2), chez les scrofuleux, les rachitiques, et par suite, ainsi que l'a avancé Gariot, chez les enfants des grandes villes. L'influence de ces causes est sans doute très possible, mais ce sont encore là des questions qui ne peuvent être définitivement résolues que par des chiffres, et les chiffres nous manquant, il est inutile d'y insister.

Une preuve évidente que les renseignements que nous avons à ce sujet sont très vagues, c'est que quelques auteurs, au nombre desquels il faut citer Fr. Hoffmann (3), ont prétendu que les enfants *forts et pléthoriques* étaient plus sujets que les autres à des accidents graves.

Le *défaut de soins*, la *mauvaise alimentation* des enfants, en un mot les *mauvaises conditions hygiéniques*, ont encore été placés au nombre de ces causes. M. Trousseau insiste sur ce point, et nous verrons plus loin que cet auteur attribue les convulsions des enfants, pendant la dentition, presque exclusivement à une *indigestion ;* mais c'est là une cause occasionnelle dont nous ne devons pas nous occuper ici.

En joignant à ces causes l'*épaisseur* et la *dureté anormale des gencives*, nous aurons les principales conditions dans lesquelles les auteurs ont signalé les troubles de la dentition causés par l'état où se trouve l'enfant. Mais il est des cas que l'on a attribués aux *conditions dans lesquelles se trouve la nourrice*, et qu'il importe d'énumérer : ce sont la *menstruation ;* les *passions*, et en particulier les *passions tristes ;* les *divers excès*, et surtout les *excès de boissons alcooliques*. Il est inutile de dire que des recherches rigoureuses n'ont pas été faites à ce sujet.

On a mentionné d'autres influences qui sont en dehors des conditions particulières dans lesquelles se trouvent l'enfant et la nourrice ; ainsi les *climats* et les *saisons*. Jos. Frank insiste sur ce point. Il ne saurait admettre, avec Hippocrate et Andry, que la saison froide favorise l'éruption des dents. Suivant lui, cette éruption a beaucoup plus de dangers, et occasionne par conséquent des accidents bien plus fréquents dans les régions septentrionales que dans les régions méridionales. C'est une observation qui résulte des faits observés en Russie et en Italie.

(1) *Ueber die Kinderkrankheiten*.

(2) Alph. Leroy, *Médecine maternelle, ou l'art d'élever les enfants*. Paris, 1830, in-8.

(3) *Opera omnia*, t. III ; *De pathematibus ex dentitione difficili*.

Nous n'en dirons pas davantage sur ces causes, dans l'appréciation desquelles nous ne trouvons point la rigueur nécessaire. Nous n'avons pas parlé de quelques autres, telles que le relâchement du ventre et une toux habituelle, parce que, à l'occasion de ces symptômes, nous aurons à en dire quelques mots.

2° Causes occasionnelles.

Dans la très grande majorité des cas, on ne trouve point d'autre cause occasionnelle que l'éruption des dents elle-même, qu'il est inutile d'indiquer, puisque nous avons établi plus haut qu'elle est réellement la source des accidents; mais quelquefois on en a pu observer quelques-unes qui méritent d'être mentionnées.

*Du côté de l'enfant*, ce sont : la mastication trop souvent répétée d'objets durs, tels que les hochets d'ivoire et de cristal, à la suite de laquelle les gencives sont devenues plus dures; une maladie intercurrente; une mauvaise direction des dents, et enfin l'*indigestion* observée par M. Trousseau. Toutefois, cette dernière cause ne produirait pas, suivant cet auteur, tous les accidents de la dentition indifféremment; ce sont les convulsions qui en seraient la suite la plus fréquente. Cette opinion avait déjà été émise par quelques auteurs, mais aucun ne l'avait encore aussi formellement énoncée. Il est fâcheux que M. Trousseau ne nous ait pas fait connaître, par l'analyse des faits, le degré d'influence de cette cause.

*Du côté de la nourrice*, nous retrouvons les divers excès et les passions violentes, déjà mentionnés dans le paragraphe précédent. Ici ces causes agissent immédiatement, et sont excitantes, puisque la dentition, jusque-là régulière, se trouble tout à coup.

Outre ces diverses causes, que l'on peut appeler pathologiques, on a cherché encore la raison physiologique de ce développement d'accidents plus ou moins graves sous l'influence du travail de la dentition. D'abord on a reconnu qu'une plus grande solidarité des divers organes chez l'enfant, une sympathie plus étendue et plus facile à exciter, entrent pour beaucoup dans ces phénomènes. Ce fait ressort d'une considération sur laquelle Hunter a particulièrement insisté : c'est la grande fréquence des troubles de la dentition lors des premières éruptions, et leur rareté lors des dernières, quoique souvent celles-ci éprouvent des obstacles plus considérables et occasionnent des douleurs plus vives. Puis on a eu recours à d'autres explications beaucoup moins satisfaisantes pour les esprits rigoureux; elles sont exposées par les auteurs du *Compendium de médecine*, il me suffit de les indiquer ici. Suivant Capuron (1), il faut attribuer la facilité avec laquelle se produisent les troubles de la dentition, non-seulement à la sympathie qui lie toutes les parties de l'organisme, mais encore à la direction des forces vitales vers la tête chez les enfants. Guersant avance à peu près la même chose, lorsqu'il attribue ces effets à l'afflux du sang, à l'activité exagérée du cerveau, à la susceptibilité nerveuse. D'autres (Eggert) admettent une surabondance des éléments de l'ossification; d'autres encore (Reil, Heyfelder) font jouer le principal rôle à l'irritabilité; Baumes se contente d'énumérer les principales conditions dans lesquelles se produisent les *maladies odaxystiques*. Nous n'insistons pas sur ces explications, qui auraient besoin d'une démons-

(1) *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1813, p. 171.

tration rigoureuse, et qui, dans l'état actuel de la science, sont d'un faible intérêt pour le praticien.

## § III. — Symptômes.

Les symptômes des affections produites par l'éruption des dents sont si nombreux et si variables, a dit Hunter, qu'il faut renoncer à les décrire. Cette proposition est trop absolue. Il est vrai que les troubles causés par la dentition portant sur un grand nombre d'organes, une description générale est fort difficile; mais on peut, à l'exemple de Dugès (1), en établissant une division méthodique, parvenir à donner une idée suffisamment exacte de ces accidents divers. Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de présenter ici les nombreuses divisions proposées par les auteurs qui se sont occupés de ce sujet. Nous nous bornerons à dire que dans beaucoup d'entre elles on a étendu outre mesure le cadre des affections dont il s'agit ici. C'est là une conséquence de la tendance ancienne des médecins à rapporter à la dentition presque toutes les affections qui surviennent dans son cours. Nous pensons qu'il suffit de distinguer, avec Billard et Guersant, les accidents de la dentition en locaux et en sympathiques.

1° *Accidents locaux*. — Ils sont peu nombreux. C'est d'abord une *hémorrhagie* peu abondante, principalement signalée par Billard (2), hémorrhagie que, suivant cet auteur, on peut méconnaître, parce que l'enfant avale le sang exhalé. On n'a pas cité de cas où cette hémorrhagie ait été alarmante; il est donc inutile d'en parler plus longuement.

Viennent ensuite les *aphthes*, qui ne présentent rien de particulier. Il suffit donc de renvoyer le lecteur à l'article consacré à cette affection (voy. t. III).

Enfin on trouve mentionnée dans les auteurs, comme conséquence de la dentition laborieuse, la *gangrène de la bouche*. Mais les recherches de M. Taupin, citées plus haut, et celles de MM. Rilliet et Barthez (3), ont prouvé qu'on avait au moins extrêmement exagéré la puissance de cette cause.

2° *Accidents sympathiques*. — On voit que les affections locales ont peu d'importance; il n'en est pas de même des *affections sympathiques*, dont nous allons tracer la description. C'est dans cette partie de l'histoire des troubles de la dentition qu'il est nécessaire de suivre une des divisions proposées. Celle de Dugès, qui expose ces accidents d'après l'ordre des appareils organiques qui en sont le siége, nous paraît la plus claire et la plus simple, et par conséquent celle qui doit être préférée. Cependant nous croyons que cette manière d'envisager les faits serait incomplète, si, dans un résumé, on ne donnait une idée générale de l'état des enfants pendant qu'ils sont en proie à ces accidents, et si l'on ne montrait comment ces accidents divers peuvent se combiner entre eux de manière à se présenter presque tous chez le même sujet.

*a. Fièvre*. — Un degré variable de fièvre accompagne fréquemment l'éruption des dents; mais s'il ne dépasse pas une certaine limite, le mouvement fébrile n'est pas regardé comme un état morbide. Il est impossible de déterminer exactement cette limite; toutefois on peut dire que si l'inappétence est complète, la soif vive,

(1) *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, t. VI, p. 221.
(2) *Traité des maladies des enfants*, p. 260.
(3) *Traité des maladies des enfants*. Paris, 18·3, t. II, p. 381.

le caractère très irritable; s'il y a insomnie ou, au contraire, somnolence prolongée; si la peau est très chaude, la face rouge, les yeux très animés ou, au contraire, soporeux, l'état morbide est réel. Il est inutile de présenter longuement la description de cette fièvre, comme l'a fait Dugès : elle ne présente, en effet, rien de particulier. Il suffit d'ajouter à ce que nous venons de dire que les urines sont peu abondantes, rouges et épaisses, et qu'il survient des éruptions cutanées variables, telles que l'érythème et le strophulus. Cette fièvre, quant à sa forme, est, suivant l'auteur que nous venons de citer, *continue*, ou bien plus rarement *erratique*. Cette dernière, que Dugès a principalement rencontrée pendant l'éruption des molaires, ne présente pas de frisson initial.

*b. Troubles du système nerveux.* — Il est rare que, dans les cas où la fièvre est un peu intense, on n'observe pas l'insomnie, les réveils en sursaut, les frayeurs, etc.; mais tant que ces symptômes existent seuls, ils n'inspirent pas de craintes réelles. Il n'en est plus de même lorsque de véritables *convulsions* se manifestent. Ces convulsions sont un des accidents les plus redoutés; elles affectent la forme suivante: tantôt on voit que les yeux sont seulement convulsés; ils s'agitent dans l'orbite, ou plus souvent ils se cachent sous la paupière supérieure, de manière à ne laisser voir que la sclérotique; tantôt la face participe à ces convulsions, les muscles se contractent en divers sens, puis se détendent; la lèvre inférieure se cache sous la supérieure, quelquefois même la bouche est légèrement déviée; d'autres fois les membres supérieurs deviennent roides par moments; ils se contournent, et le pouce, placé dans la paume de la main, est fortement pressé par les autres doigts. Hunter a vu, dans un cas, le poignet et les doigts exclusivement affectés de convulsions, et le traitement démontra clairement que la dentition laborieuse était la cause de ce phénomène, puisque, après avoir pendant longtemps essayé vainement un grand nombre de moyens, ce chirurgien célèbre ayant pratiqué l'incision de la gencive, vit presque immédiatement cesser tous les accidents, qui, s'étant reproduits chez le même sujet, furent de nouveau dissipés par la même opération.

Ces convulsions sont ordinairement *cloniques*, ainsi que l'ont remarqué plusieurs auteurs; mais dans quelques cas on a observé un véritable *trismus*.

On a vu encore survenir, dans le cours de la dentition, des symptômes de *congestion cérébrale*. M. Fischer, cité par les auteurs du *Compendium*, a avancé qu'elle existe six fois sur dix. Mais sans doute il a regardé comme une véritable congestion la surexcitation cérébrale qui se montre si fréquemment pendant l'éruption des dents. On ne doit admettre, avec la plupart des auteurs, et en particulier avec M. Th. Guibert (1), l'existence d'une congestion cérébrale, que si aux divers symptômes cérébraux précédemment indiqués il se joint l'immobilité des pupilles, et encore même conçoit-on très bien que ce soit là un phénomène purement nerveux. Cette question a besoin d'être éclairée par de nouveaux faits. M. Fischer, qui attache une grande importance à l'*auscultation du cerveau* (2), a donné comme un signe de cette congestion un bruit sec, dur, se rapprochant du bruit de râpe, et entendu principalement sur la fontanelle antérieure. Mais les doutes que nous avons dû élever sur l'existence, dans un bon nombre de cas du moins, de cette congestion, nous dis-

(1) *Archives générales de médecine*. Paris, 1827, t. XV, p. 31.
(2) *The Americ. Journ.*, août 1838.

pensent de discuter la valeur de cette assertion, fondée sur des recherches qui n'ont pas été répétées.

Quant à la production d'une *hydrocéphalie* sous l'influence de l'éruption des dents, c'est une opinion mise en avant par M. Senn, mais démentie par les faits. Les auteurs du *Compendium*, déjà cités, l'ont prouvé en rappelant les recherches de M. Piet (1), desquelles il résulte que les convulsions et les autres symptômes de la dentition laborieuse ne laissent aucune trace d'inflammation dans l'encéphale. Cette citation est, en effet, suffisante.

*c. Troubles des voies digestives.* — Les *vomissements* qui surviennent chez les enfants, pendant la dentition, ne se montrent pas seuls, et ne sont point regardés comme un véritable accident.

Il en est autrement de la *diarrhée*, qui se montre si souvent, et dont la valeur pronostique a été si diversement appréciée. Hippocrate la regardait comme d'un bon augure; Fréd. Hoffmann a émis formellement la même opinion; et cette manière de voir est tellement répandue, qu'elle est passée dans le vulgaire. Cependant la force des faits a fait admettre que, dans certains cas où elle est très intense, non-seulement elle n'est pas favorable, mais encore elle a du danger. M. Trousseau a même été bien plus loin, puisqu'il a conclu de ses observations que la diarrhée était toujours un symptôme qu'il fallait chercher à supprimer. Les recherches de cet auteur étant les seules qui soient fondées sur une étude exacte et comparée des faits, sont aussi les seules qui méritent notre confiance.

On a attribué une heureuse influence à la diarrhée, parce que, dit-on, elle préserve les enfants des convulsions; et c'est précisément chez les enfants affectés de diarrhée que M. Trousseau a observé le plus souvent les convulsions. On a dit que la suppression de la diarrhée occasionnait fréquemment des accidents graves; et ce médecin, qui s'empresse toujours de la supprimer, n'a jamais été témoin d'aucun de ces accidents. Il est bon que ces observations soient répétées, car la diarrhée ayant par elle-même des inconvénients incontestables, il est nécessaire que les praticiens soient éclairés sur ce point important.

M. le docteur Bourgeois (2) donne le nom de *cholérine des enfants pendant la première dentition*, à cette diarrhée qui devient parfois assez grave pour causer la mort; mais il n'y a qu'une ressemblance très éloignée entre cette affection et la véritable cholérine.

La diarrhée ne présente, d'ailleurs, à considérer que sa plus ou moins grande abondance. Elle est quelquefois telle que, suivant M. Trousseau, les enfants peuvent mourir avec les symptômes du choléra. Du reste, il n'a été fait aucune recherche satisfaisante sur l'aspect et la nature des selles, ni sur les symptômes qui accompagnent leur évacuation. Nous n'avons de renseignements que sur la marche de la diarrhée, dont il sera question un peu plus loin.

*d. Troubles de l'appareil respiratoire.* — Enfin presque tous les auteurs ont signalé une *toux* opiniâtre qui accompagne l'éruption difficile des dents. Hunter la compare à celle de la coqueluche; les autres auteurs lui donnent simplement le nom de *toux convulsive*. Grimm (3) l'a vue durer pendant neuf semaines.

(1) *Sur la méningite tuberculeuse des enfants*, thèse. Paris, 1836.
(2) *Archives gén. de médecine*, 4ᵉ série. Paris, 1846, t. XII, p. 76.
(3) *De infantium tussi convulsiva*, etc. (*Misc. Acad. nat. cur.*, dec. III, ann. IX).

A quoi tient cette toux? Est-ce seulement une toux nerveuse? ou bien y a-t-il une inflammation des bronches qui en donne l'explication? C'est ce qu'il n'est pas permis de décider, d'après les recherches peu précises des auteurs. Les enfants peuvent d'ailleurs avoir d'autres maladies qui causent la toux. Ne serait-ce pas une bronchite ordinaire ou même une pleurésie qui aurait donné lieu aux symptômes mentionnés dans l'observation de Fürstenau (1)? Il est très difficile de se prononcer à cet égard.

Quant au *stertor* observé par Stoll, à l'*anhélation*, aux *sanglots*, à la *raucité de la voix*, ce sont des conséquences de l'état de la poitrine qui ne doivent pas nous arrêter plus longtemps.

Tels sont les principaux accidents qui accompagnent l'éruption difficile des dents. Si maintenant nous jetons un *coup d'œil général* sur la manière dont ils se produisent et se groupent, nous voyons que l'enfant, d'abord morose, *refusant de se tenir sur ses jambes*, si déjà il avait commencé à marcher, est pris d'une soif plus ou moins vive, et souvent refuse les aliments; puis, au bout d'un certain temps, une véritable *fièvre* s'allume, la *diarrhée* survient, ou prend de l'accroissement si elle existait déjà à un faible degré; et enfin, dans les cas graves, les *convulsions* se manifestent.

Il ne reste plus, pour compléter ce tableau, qu'à indiquer les diverses *éruptions* qui se montrent principalement à la face, et qu'on a appelées *feux de dents*, et l'*ophthalmie* dont Westphal (2) a cité un exemple remarquable. C'est presque toujours l'éruption des dents canines qui donne lieu à ce dernier accident, et l'on en trouve facilement l'explication dans les rapports plus intimes de ces dents avec les filets du maxillaire supérieur. Enfin Hunter a cité un exemple remarquable d'*écoulement purulent de l'urèthre*, semblable à la gonorrhée, chez un jeune enfant, et d'autres ont observé un *flux* de la même nature qui avait lieu *par le vagin*. Ces cas sont rares.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

S'il était difficile de présenter un tableau général des symptômes, il l'est encore bien plus d'indiquer la *marche* de tant de phénomènes variés, qui ont tous leur allure particulière. Contentons-nous de dire que, dans le plus grand nombre des cas, la fièvre, promptement allumée, conserve son intensité pendant tout le cours de la dentition difficile. Nous avons vu plus haut que, dans d'autres, elle avait une espèce d'intermittence. Les convulsions, ne se produisant qu'au plus fort de la maladie, sont ordinairement de courte durée, ou n'ont lieu que pendant un petit nombre de jours. Cependant on les a vues renaître avec persistance : tel est le cas de convulsions partielles cité par J. Hunter. Quant à la diarrhée, tantôt elle ne se produit qu'au plus fort du mouvement fébrile; tantôt, au contraire, elle se montre alors même que les symptômes de la dentition sont très peu intenses et ne dépassent pas sensiblement les limites des phénomènes normaux. Presque toujours elle cesse immédiatement après la sortie de la dent.

Dans un certain nombre de cas, on observe une marche intermittente irrégu-

(1) *Act. Acad. nat. cur.*, vol. IX, p. 201, obs. 47.
(2) *Act. Acad. nat. cur.*, t. VIII.

tous les symptômes. Ainsi on voit les accidents nombreux et variés cesser
: tout à coup pour se reproduire quelques jours après. Il faut alors recher-
l y a eu ou non éruption d'une dent. Si une dent est sortie, les nouveaux
ts se lient à l'apparition prochaine d'une autre dent. Dans le cas con-
il s'est fait un temps d'arrêt dans l'évolution dentaire qui reprend son
près un temps plus ou moins long. C'est ce que l'on observe principale-
l'époque de la deuxième dentition et de l'éruption des dents molaires ; mais
enfants ayant acquis plus de vigueur, les symptômes sont presque tous

*urée* est subordonnée nécessairement à celle de l'éruption. Quelquefois les
s se prolongent pendant presque toute la dentition, avec des intervalles
'apparition de chaque nouvelle dent donnant lieu à des accidents nouveaux.
n'est pas rare de voir des enfants qui, après avoir été gravement malades
l'éruption de quelques dents, ne présentent plus aucun symptôme à l'appa-
s suivantes, et *vice versâ*.
*minaison* serait, d'après un grand nombre d'auteurs, bien souvent funeste ;
a là une grande exagération, et cela tient à ce que l'on a fréquemment
à la dentition le résultat funeste d'un grand nombre de maladies qui en
épendantes. Rien ne prouve donc qu'il soit exact de dire, avec Berdmore,
dentition difficile fait mourir la moitié des enfants, ou seulement le tiers,
e l'affirme Plenk. Toutefois les changements qui surviennent fréquemment
santé à l'époque de la première dentition, le dépérissement que l'on observe
t la mort dans les convulsions, prouvent néanmoins que ces accidents ont
vité incontestable. On a encore attribué à la dentition un grand nombre
ons chroniques survenues après l'éruption des dents : ainsi les scrofules, le
ne, la phthisie, etc. C'est une question qui demande, pour être résolue, des
hes toutes différentes de celles qui ont été faites jusqu'à présent.

### § V. — Lésions anatomiques.

avons très peu de choses à dire des lésions anatomiques qu'on a trouvées
bouche. Les traces de l'inflammation des gencives, des dents déviées, des
ions ossiformes, des dents surnuméraires, telles sont les altérations anato-
que l'on observe. Les convulsions ne laissent aucune trace notable. Quant à
rée, si elle se prolonge et si elle est intense, elle peut, suivant M. Trousseau,
lieu à l'ulcération de la membrane muqueuse intestinale ; mais il serait
le nous étendre davantage sur ce sujet.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

ordinairement facile de s'assurer que les divers accidents décrits plus haut
nnent à la dentition. Si, en effet, chez un enfant bien portant, on voit sur-
ielques-uns des signes normaux de l'éruption des dents, comme la rougeur,
resse des gencives, la salivation, le mâchonnement, et si bientôt après appa-
les symptômes indiqués plus haut, on ne saurait guère douter que l'érup-
dents n'en soit la cause.

Toutefois, les enfants sont sujets à des affections particulières qui peuvent donner lieu aux mêmes accidents. Une fièvre accompagnée de toux peut occasionner des convulsions plus ou moins violentes ; l'absence ou la présence des symptômes locaux du côté de la bouche, et l'état de la poitrine, feront reconnaître s'il s'agit réellement d'une dentition difficile, d'une *bronchite intense*, d'une *pleurésie* ou d'une *pneumonie*. Quant aux convulsions, l'absence de paralysie empêchera qu'on les confonde avec l'*apoplexie* et la *congestion cérébrale*, d'ailleurs rares chez les enfants.

Est-il nécessaire d'établir le diagnostic des convulsions dues à la dentition, et de l'*éclampsie?* Suivant Ant. Dugès (1), les convulsions causées par la dentition sont une éclampsie véritable ; les autres auteurs ne s'expliquent pas à cet égard. La question de l'éclampsie est, comme on le sait, fort obscure ; c'est pourquoi nous croyons devoir renvoyer son examen à l'article consacré à cette maladie, où nous passerons en revue les principales observations.

En somme, c'est la marche de l'affection et l'absence ou la présence des symptômes locaux du côté de la bouche qui doivent servir de base à ce diagnostic, qu'il serait inutile de présenter en tableau synoptique.

*Pronostic.* — Nous avons vu plus haut, à l'occasion de la terminaison, que les accidents de la dentition difficile pouvaient se terminer par la mort, ou porter une grave atteinte à la santé jusqu'alors florissante. Il faut néanmoins, pour qu'il en soit ainsi, que ces accidents aient une assez grande intensité. On admet généralement que plus l'enfant est jeune, plus l'éruption laborieuse des dents a de danger. Cette manière de voir s'applique également aux enfants faibles, débiles, cacochymes. Toutefois, si, comme le prétend Hoffmann, les convulsions étaient plus fréquentes chez les enfants forts et pléthoriques, il faudrait un peu modifier cette opinion. De tous les accidents de la dentition, les convulsions sont en effet le plus redoutable et celui qui cause le plus souvent la mort ; mais rien ne prouve que l'assertion d'Hoffmann soit l'expression des faits.

Nous avons vu plus haut que, d'après les recherches de M. Trousseau, la diarrhée est moins innocente qu'on ne le pense, et surtout qu'elle n'est pas un préservatif des convulsions.

## § VII. — Traitement.

Tous les auteurs ont divisé le traitement de la dentition difficile en traitement prophylactique et en traitement curatif.

Rendre plus faciles l'évolution des dents et la perforation de la gencive, tel est le but que se propose le *traitement prophylactique*. En première ligne, il faut placer le *régime* et les soins hygiéniques. Ainsi, on recommande de *nourrir les enfants exclusivement au sein* pendant l'éruption des premières dents. Dans ces derniers temps, M. Trousseau a fortement insisté sur ce point, et s'est prononcé à peu près de la même manière que Duval (2). Celui-ci dit qu'il faut attendre, pour sevrer l'enfant, la sortie de toutes les dents de lait, et M. Trousseau veut qu'avant le sevrage l'éruption des huit incisives et des quatre premières molaires ait lieu. Or, comme d'après les calculs de M. Trousseau, les quatre premières molaires et les deux inci-

(1) *De l'éclampsie des jeunes enfants, comparée avec l'apoplexie et le tétanos* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1833, t. III, p. 303).

(2) *Le dentiste de la jeunesse*. Paris, 1817, p. 48.

ires latérales se montrent de douze à vingt mois, l'espace compris entre ces deux mites renfermerait l'époque où les enfants doivent être sevrés. Malheureusement s assertions ne sont pas appuyées sur des faits concluants, et peut-être beaucoup de édecins trouveront-ils qu'attendre jusqu'à vingt mois pour faire prendre à un en-nt des aliments un peu substantiels, c'est prolonger beaucoup l'alimentation lactée.

*Soustraire les enfants à l'influence du froid;* leur faire prendre des *bains* fré-ents et prolongés, s'ils sont pléthoriques et nerveux; des *toniques* et des *bains salins*, au contraire (1), s'ils sont faibles et lymphatiques, tels sont encore les éceptes donnés par les auteurs. Mais qu'y a-t-il de vrai dans cette manière de ir? C'est ce que nous ne pouvons dire d'une manière positive. Toutefois, il t naturel de penser que tout ce qui peut entretenir chez les enfants une santé buste les mettra à même de supporter plus facilement les troubles physiologiques la dentition.

Faudrait-il, à l'exemple de quelques auteurs, chercher à produire des *évacua-ns alvines fréquentes*, dans le but de prévenir les convulsions, en produisant e espèce de diarrhée artificielle? Ce qui a été dit plus haut de la diarrhée prouve e ce moyen est au moins inutile.

Viennent maintenant les *moyens locaux*, qui consistent à ramollir les gencives r des émollients, la décoction de *figues grasses*, la *crème*, le *beurre*, etc., ou au ntraire à les rendre plus sèches, plus cassantes, plus faciles à se rompre sous ffort que fait la dent pour sortir de l'alvéole. Parmi les moyens employés dans tte dernière intention, se trouvent les *frictions exercées par la nourrice* sur s gencives, et les *hochets* de bois, d'or, d'ivoire, de cristal, si généralement nployés.

Rien ne prouve que les moyens émollients aient atteint le but. Quant à la mas-ation des corps durs, des hochets de diverses espèces, les opinions sont très par-gées. Ant. Petit, Gardien, Billard, etc., se sont élevés contre l'usage des hochets briqués avec des substances dures, qui déjà avaient été proscrits par Aétius. Sui-nt ces auteurs, il résulte de l'usage des hochets une dureté considérable de la ncive, une callosité qui s'oppose à la sortie de la dent. L'opinion de Guersant est e les corps durs sont utiles au début de la dentition, et que les corps un peu ous, tels que la *racine de guimauve*, de *réglisse*, proposés par Billard, doivent e employés lorsque la dent, déjà formée, presse de bas en haut le tissu fibreux s gencives. Baumes est d'une opinion diamétralement opposée, c'est-à-dire 'il conseille les corps mous au début et les corps durs lorsque la dent formée tend la gencive. Cette dernière manière de voir paraît mieux fondée sur les pro-s de l'évolution dentaire. Toutefois il y a loin de cette probabilité à une démon-ation réelle, et plus nous avançons, plus nous trouvons de doutes et d'incerti-les dans cette histoire de la dentition laborieuse, qu'il serait cependant si utile éclairer.

*Traitement curatif.* — On peut diviser ce traitement en trois parties distinctes : première comprend le traitement des divers symptômes; la seconde renferme s divers médicaments auxquels les anciens médecins attribuaient une espèce de rtu spécifique; et dans la troisième nous ferons entrer les moyens locaux pro-

(1) Baumes, *Traité de la première dentition*. Paris, 1806, in-8.

pres à favoriser ou à déterminer l'éruption des dents, rendue difficile par des circonstances diverses.

1° *Traitement des symptômes.* — Il serait inutile de s'étendre longuement sur ce traitement. Les divers troubles des appareils que nous avons décrits ne présentent, en effet, rien de spécial, si ce n'est la cause qui les a produits. Aussi suffira-t-il de dire que l'on cherche à modérer la fièvre par les *boissons adoucissantes ou acidulées*, par de légers *diurétiques ;* que, dans les cas où il y a somnolence et des signes de stase sanguine vers la tête, on applique des *sangsues derrière les oreilles*, à l'exemple de Harris et d'Alph. Leroy ; que, s'il survient des convulsions, on donne les *antispasmodiques :* le *camphre*, le *musc*, etc. ; qu'on emploie contre la diarrhée les *boissons émollientes*, les *lavements avec quelques gouttes de laudanum ;* en un mot, qu'on met en usage les moyens employés pour supprimer ces symptômes, dans quelque circonstance qu'ils se produisent, moyens qu'il serait inutile d'énumérer ici.

On voit que nous admettons, avec M. Trousseau, que la diarrhée ne doit pas être respectée, et encore moins excitée, comme le veulent quelques-uns. Suivant Boehr (1), la diarrhée serait entretenue par la déglutition de la salive, qui, comme on le sait, est sécrétée en plus grande abondance pendant le travail de la dentition. S'il en était ainsi, on devrait, autant que possible, s'opposer à cette déglutition, en nettoyant souvent la bouche : mais rien n'est moins prouvé que l'assertion de cet auteur; s'il y avait une constipation marquée, on ne devrait pas hésiter à donner un *léger laxatif*, ou, ainsi que le conseille Jos. Frank, le *calomel*, de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| ℞ Calomel.............. 0,05 gram. | Sucre.................... 0,20 gram. |

Délayez dans une cuillerée de lait. A prendre deux ou trois fois par jour.

De simples lavements émollients suffisent souvent.

La *toux* demande aussi quelques moyens particuliers. Ce sont les *narcotiques* qui doivent être spécialement employés contre elle. Quelques cuillerées de *sirop de pavot blanc*, des frictions sur la poitrine avec un *liniment laudanisé*, suffisent chez les enfants. Le *soufre doré d'antimoine* est prescrit dans les mêmes cas par Wedekind, qui donne la formule suivante :

| | |
|---|---|
| ℞ Soufre doré d'antimoine.. 0,05 gram. | Sirop d'althæa............... 30 gram. |
| Gomme arabique........ 4 gram. | |

A prendre par cuillerées à café toutes les trois heures.

On voit que, comme nous l'avions annoncé, le traitement de ces accidents divers ne présente rien de particulier et qui doive nous arrêter plus longtemps. Il n'en est pas de même des moyens que nous allons maintenant indiquer, et qui ont été prescrits par les auteurs des siècles derniers d'une manière purement empirique.

2° *Traitement par des moyens donnés comme spécifiques.* Tout le monde con-

(1) *Rust's Magazin*, t. XLII.

…it le fameux remède regardé par Sydenham (1) comme souverain *contre la fièvre* … la dentition. Il consiste dans la formule suivante :

℞ Teint. de corne de cerf, 1, 2 ou 3 goutte. | Eau de cerises noires..... 1 ou 2 cuillerées.

… à prendre toutes les quatre heures.

Sydenham affirme que les nombreux insuccès qu'il avait éprouvés dans le traitement des maladies de la dentition cessèrent le jour où il imagina de faire usage … ce remède. Depuis lors, la *corne de cerf* a été employée par la plupart des médecins tantôt contre la fièvre, tantôt contre les convulsions, tantôt contre tous les accidents réunis.

L'*ammoniaque* a été également prescrite, principalement *dans le but de s'opposer aux convulsions*. Voici la formule que donne Fr. Hoffmann :

℞ Sirop de pivoine.......... 4 gram. | Ammoniaque liquide..... 1 ou 3 gouttes.

A prendre par cuillerées à café.

Enfin on a aussi prescrit, *comme favorisant particulièrement l'éruption des dents*, et faisant par conséquent cesser tous les accidents, une poudre employée par un grand nombre d'auteurs comme préservatif. C'est la *poudre de Carignan*, dont voici la formule :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Poudre de guttète....... | 250 gram. | Cinabre.................. | àà 12 gram. |
| Ambre jaune porphyrisé.. | 375 gram. | Kermès minéral............ | |
| Corail rouge......... | àà 125 gram. | Noir d'ivoire.............. | |
| Terre sigillée......... | | | |

Nous ne multiplierons pas les citations de ces remèdes spécifiques, dont il nous serait impossible d'indiquer d'une manière précise les avantages, leur efficacité n'étant démontrée par aucune espèce de recherches vraiment scientifiques. Nous allons passer à une autre partie du traitement bien plus importante, c'est-à-dire au traitement local.

3° *Traitement local.* — Lorsque l'éruption des dents détermine les accidents énumérés plus haut, les gencives sont tellement douloureuses, qu'il ne faut plus songer à employer des corps durs pour les faire presser entre les gencives par les enfants. Ceux-ci cependant conservent encore ce mâchonnement que nous avons déjà signalé ; mais dès que le contact d'un corps dur sur la gencive se fait sentir, ils se rejettent précipitamment en arrière. On doit plutôt alors appliquer sur les gencives des corps propres à les ramollir. Ainsi l'*huile d'amandes douces*, le *mucilage de gomme arabique*, le *spermaceti*, le *beurre*, le *jaune d'œuf*, serviront à enduire fréquemment les parties douloureuses. Jos. Frank propose la formule suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Jaune d'œuf................ | n° 1. | Sirop de safran............ | àà 8 gram. |
| | | de pavot blanc......... | |

Pour onctions sur les gencives.

(1) *Opera omnia*, t. I; *De nov. febr. ingress.*, p. 367.

Fr. Hoffmann a également employé ces substances, auxquelles il ajoute *figue grasse* coupée en deux, la *moelle de veau* et même la *cervelle de liè* qu'il regarde comme un spécifique. Il n'est pas nécessaire d'insister sur moyens, qui n'ont évidemment d'autres avantages que d'agir comme émollient

D'autres médecins ont proposé des médicaments topiques fort différents. Blumenthal veut que, pour faire cesser l'irritation des gencives, on ait rec aux *acides végétaux*, et en particulier au *suc de citron*. Plenk cite un cas lequel quelques onctions pratiquées avec *une goutte d'éther sulfurique* parv faire cesser des convulsions assez graves; mais il ajoute que, dans un autre il fut moins heureux. La pratique de ces derniers médecins n'a point été imit

Il est rare que les remèdes qui viennent d'être indiqués suffisent pour r l'éruption des dents beaucoup plus facile, et souvent on est obligé de recou un moyen plus efficace : c'est l'*incision* ou l'*excision des gencives*.

*Incision.* — Les opinions les plus opposées ont été soutenues relativem cette opération. Les uns, avec Vésale, Ambroise Paré (1), Underwood Hunter (3), etc., regardent ce moyen comme très efficace et n'offrant nul da D'autres, au contraire, parmi lesquels il faut citer surtout Blake, Gariot, Har plusieurs autres médecins plus modernes, prétendent que le moindre inconvé de cette petite opération est d'être inutile. Suivant eux, on n'atteint pas par but qu'on se propose, on détermine une irritation violente qui augmente les dents, et enfin on peut détruire non-seulement la dent de lait qui se présente, encore le germe de la dent destinée à la remplacer (4).

Sans doute il y a quelque chose de vrai dans ces objections; mais les acci déterminés par l'opération dépendent presque toujours de ce que l'on n'a pa tiqué l'incision avec assez de soin, ou encore de ce qu'on ne lui a pas sub l'excision qui lui est bien supérieure, ainsi que nous le verrons tout à l'heur faits nombreux cités par les auteurs, et en particulier celui de Hunter, l'observ rapportée par Brunner, dans laquelle un enfant sur le point d'expirer revint que immédiatement à la vie après l'incision, une autre du même genre, cité Camelli, etc., démontrent clairement combien, lorsqu'elle est pratiquée con blement, cette petite opération peut avoir d'avantages. Il importe donc d'y rec lorsque les moyens précédemment indiqués n'ont pas réussi.

### INCISION DES GENCIVES.

Pour pratiquer l'incision, il suffit de placer profondément entre les mâchoi morceau de liége, de maintenir écartées, avec les doigts de la main gauch lèvres, la langue et la joue, et puis, portant le bistouri dans la bouche, de fair incision simple, ou mieux cruciale, sur chacune des dents dont on sent pl moins la saillie. Tout ce qu'il est nécessaire de recommander dans cette opération, c'est de diviser toutes les parties molles, de manière à ne pas laisse dessus de la dent la portion fibreuse de la gencive, la plus difficile à percer.

(1) *Œuvres complètes*, publiées par J.-F. Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 799.
(2) *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1825, t. I.
(3) *Œuvres complètes*, traduites par Richelot. Paris, 1841.
(4) R. Blake, *Essay on the structure and format. of the teeth*, etc. Dublin, 1801.

Cette incision, qui ne laisse pas d'être souvent fort douloureuse, est très fréquemment aussi, inutile; et c'est sans doute, je le répète, pour l'avoir mise en usage que tant de médecins se plaignent d'avoir vu échouer ce moyen. La cicatrisation ne tarde pas, en effet, à se faire, et la dent éprouve les mêmes obstacles qu'auparavant. Hunter fut obligé, ainsi que l'a rappelé Boyer, de recourir jusqu'à dix fois à l'incision pour favoriser l'éruption d'une dent, tandis que, suivant ce dernier auteur, « une seule opération aurait certes suffi, si elle eût été pratiquée suivant la méthode qu'il conseille, » c'est-à-dire si l'on eût eu recours à l'excision. C'est donc à l'excision qu'il faut donner la préférence, et voici comment elle doit être pratiquée, d'après Boyer (1) :

### EXCISION DES GENCIVES.

Pour procéder à cette opération, on fait tenir la tête de l'enfant par un aide ; le chirurgien place profondément dans la bouche, entre les mâchoires, un morceau de liége, et maintient écartées, avec les doigts de la main gauche, les lèvres, la langue et la joue. Il porte le bistouri dans la bouche, et fait une incision cruciale sur chacune des dents qui paraissent s'élever. Il doit avoir soin d'appliquer l'instrument avec assez de force pour pénétrer jusqu'à la dent. Il soulève ensuite avec une pince, dissèque avec le bistouri, et excise chaque lambeau. Cette opération est suivie d'une hémorrhagie légère qui n'oblige jamais à rien faire pour l'arrêter.

Tel est le traitement de ces accidents si divers, et quelquefois si graves que le médecin a très fréquemment occasion d'observer. Nous n'avons point dissimulé le vague dans lequel nous ont laissé des recherches si peu méthodiques et si peu exactes. Il est à désirer que les observateurs entreprennent ce travail important, que M. Trousseau a à peine ébauché.

Nous ajouterons maintenant quelques mots relativement aux *soins qu'il importe de donner à la nourrice*. Les auteurs des siècles derniers ont beaucoup insisté sur ce point, et l'on conçoit, en effet, que si l'allaitement continue, comme cela a lieu dans bien des cas, il est bon que la nourrice se soumette à quelques précautions indispensables. Mais il serait inutile d'entrer dans de grands détails à ce sujet ; car il suffit de dire que le repos, un régime doux et léger, des boissons tempérantes, l'abstinence des boissons alcooliques, sont les principaux ou plutôt les seuls moyens à employer. Les substances médicamenteuses, que quelques médecins, et en particulier Fr. Hoffmann, veulent faire prendre à la nourrice, n'auraient point par cette voie une efficacité réelle.

Quant au *régime* à faire suivre à l'enfant, il est évident que, dans les cas de fièvre intense, de convulsions, d'accidents graves en un mot, on doit recommander la diète absolue. Mais dès que ces symptômes commencent à se calmer, il faut reprendre l'allaitement, qui est le meilleur régime des enfants. Du reste, on les tiendra dans une température douce, et, suivant le conseil de presque tous les auteurs, on évitera avec soin une trop grande chaleur de la tête.

*Résumé ; ordonnances.* — Dans tout ce qui précède, nous n'avons guère parlé que des accidents de la *première dentition ;* c'est qu'en effet la première dentition à peu près seule détermine les troubles sympathiques qui sont du domaine de la

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. VI, p. 357, 4e édit.

médecine. Dans la *seconde dentition*, on observe presque uniquement, comme on peut s'en convaincre en consultant les auteurs, des troubles locaux, des déviations dentaires, des maladies de l'alvéole, etc., qui appartiennent en propre à la chirurgie. A plus forte raison n'avons-nous point à nous occuper de l'*éruption des dernières molaires*, c'est-à-dire des dents de sagesse. Dans les cas exceptionnels, où des accidents semblables à ceux qui viennent d'être décrits se manifestent dans le cours de la deuxième dentition, le médecin doit tenir une conduite analogue.

### Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE SYMPTÔMES LOCAUX INTENSES AVEC FIÈVRE CONSIDÉRABLE.

1° Pour tisane, infusion de mauve, édulcorée avec le miel.

2° Donner la teinture de corne de cerf dans l'eau de cerises noires (Sydenham : voy. p. 541).

3° S'il y a constipation, ce qui est rare, donner un lavement d'eau de guimauve ou de graine de lin seulement.

4° Pour amollir les gencives, jaunes d'œufs mêlés au sirop de pavot blanc, en onctions sur les gencives (voy. p. 541).

5° Diète absolue dans le fort de la fièvre.

6° Si ces moyens sont insuffisants, excision de la gencive.

### IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE CONVULSIONS.

1° Pour tisane, infusion de tilleul coupée avec le lait.

2° Saignée générale, s'il est possible, ou bien deux à quatre sangsues derrière chaque oreille, suivant l'âge des enfants.

3° Dans le cas de constipation, entretenir la liberté du ventre sans provoquer une forte diarrhée.

| | | |
|---|---|---|
| 4° ℞ Musc | 0,05 gram. | Eau de rose 30 gram. |
| Mucilage de gomme arabiq. | 2 gram. | Sirop alkermès 8 gram. |

Mêlez. A prendre par cuillerées à café, toutes les heures, en ayant soin d'agiter la bouteille.

5° Appliquer sur les gencives les topiques précédemment indiqués.

6° Excision de la gencive.

Nous ne croyons pas devoir donner d'ordonnance contre la *toux convulsive* et contre la *diarrhée*. Il nous suffit de rappeler que la première doit être calmée par de légères doses de sirop de pavot blanc, et que la seconde doit être arrêtée par les moyens appropriés précédemment indiqués. Quant aux *éruptions diverses* et aux *ophthalmies*, elles ne demandent que quelques médicaments topiques, et disparaissent presque toujours promptement dès que l'éruption des dents a eu lieu.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement des symptômes.* — Émissions sanguines, antiphlogistiques, antispasmodiques, narcotiques, antidiarrhéiques.

2° *Traitement à l'aide de moyens regardés comme spécifiques.* — Corne de cerf, ammoniaque, poudre de Carignan.

3° *Traitement local.* — Applications topiques émollientes; incision, excision de la gencive.

## ARTICLE XI.

### SALIVATION (*sialorrhée*).

Dans la stomatite mercurielle, la salivation, ainsi que nous l'avons vu, n'est qu'un symptôme qui ne mérite pas d'être décrit à part. Mais, dans l'article consacré à cette affection, nous avons fait remarquer qu'il y a des cas où ce symptôme seul constitue une maladie particulière : c'est la salivation essentielle, la sialorrhée proprement dite, dont je vais donner une rapide description.

Les cas de salivation essentielle se trouvent disséminés dans plusieurs recueils. Les principaux sont dus à MM. Graves, Grève, Guimper, Mitscherlich, Rayer et Tanquerel des Planches.

Ce dernier auteur, les réunissant au nombre de vingt-neuf (1), en a tracé l'histoire, et c'est au mémoire qu'il a publié sur ce sujet que nous emprunterons la plupart des détails suivants.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit, dans l'état actuel de la science, réserver le nom de *salivation* à une maladie caractérisée presque exclusivement par un flux de salive, sans lésion appréciable de la bouche et des glandes salivaires.

On a donné à cette affection les noms de *sialorrhée*, de *flux salivaire*, de *ptyalisme nerveux*.

Elle se présente bien rarement à l'observation, puisque, comme nous venons de le voir, malgré de longues recherches, M. Tanquerel n'a pu en réunir que vingt-neuf observations.

#### § II. — Causes.

L'étiologie est, sans contredit, le point le plus important de l'histoire de la salivation essentielle. Voici ce que nous apprend, à ce sujet, l'analyse des observations connues.

##### 1° Causes prédisposantes.

Nous remarquons d'abord, sous le rapport de l'*âge*, que la maladie s'est montrée chez des adultes. Le *sexe* semble aussi jouer un assez grand rôle dans la production de la maladie; car, dans les vingt-neuf observations dont il s'agit, le nombre des femmes est à celui des hommes comme 3 est à 1.

(1) *Recherches cliniques sur la sialorrhée ou flux salivaire* (*Journal de médecine*, juin et juillet 1844).

Les femmes *hystériques* y paraissent plus sujettes que les autres. Chez elles, c'est surtout à la suite des *émotions morales*, après l'ingestion de *boissons froides et acides*, après qu'elles ont respiré des odeurs fortes, qu'on voit apparaître la salivation.

Dans le nombre des sujets observés, il s'en trouvait plusieurs qui étaient *pléthoriques*, ou qui, ayant l'*habitude d'une perte sanguine* à certains intervalles, n'avaient pas eu cette perte depuis un certain temps; en sorte qu'on a pensé que le flux salivaire était venu chez eux remplacer le flux sanguin. A ces faits se rattachent ceux où l'on a vu la salivation survenir après la *suppression des menstrues*.

Parmi les sujets affectés, on remarque une assez forte proportion de femmes dans l'état de *grossesse*.

Mentionnons encore certaines *affections du foie et du pancréas*.

#### 2° Causes occasionnelles.

Nous venons de voir que l'on a admis l'existence d'un flux salivaire *supplémentaire;* on a cité aussi quelques cas où ce flux a paru, en quelque sorte, *métastatique*. Ainsi M. Rousseau l'a vu se montrer après la disparition d'une leucorrhée, et M. Graves après la disparition d'un œdème.

Existe-t-il une *salivation critique?* M. Tanquerel des Planches a cité plusieurs faits tendants à appuyer cette manière de voir. Il a trouvé que Forestus et Bohnius ont vu la *fièvre double tierce* et la *fièvre quarte* se terminer par salivation; que M. Otto (de Copenhague) a observé *souvent* un flux salivaire *à la fin de la fièvre typhoïde, dans les terminaisons heureuses;* que, suivant Sydenham, la *dysenterie* se termine fréquemment de la même manière; que F. Hoffmann a fait la même observation dans les cas de *goutte;* que M. Blegny a vu un *vertige* se terminer par salivation, et enfin que J. Frank a cité un cas de *pneumonie* jugée par l'apparition de ce flux.

Il faudrait, pour se prononcer sur cette question, avoir des faits plus nombreux, plus variés et plus concluants. Remarquons que M. Otto est le seul qui ait vu souvent la salivation à la fin de la fièvre typhoïde, et nous serons autorisé à nous demander si, dans les cas qu'il a observés, aussi bien que dans ceux que nous avons cités plus haut, il n'y aurait pas eu l'influence d'un traitement particulier. Cette supposition est d'autant plus admissible que, de l'aveu de M. Tanquerel lui-même, on a plusieurs fois regardé comme des flux salivaires idiopathiques certains cas où une inflammation de la bouche, mercurielle ou non, a été méconnue.

Il me reste maintenant à signaler, parmi les causes, l'usage des *sialagogues*, la *position assise*, l'*ingestion d'un verre d'eau*. L'*action du froid humide* a une importance beaucoup plus grande, d'après les faits rassemblés par M. Tanquerel.

### § III. — Symptômes.

La description des *symptômes* est très simple : un *écoulement continuel de salive*, la nuit aussi bien que le jour; la *sortie du liquide* ou son *ingestion par la déglutition*, voilà toute la maladie.

Cet état est incommode, surtout pendant la nuit, et peut *empêcher le sommeil*.

La *bouche* reste ordinairement *entr'ouverte*, pour faciliter l'écoulement; quand elle est fermée, *le liquide sort par les commissures.*

*Pas de douleur* réelle; quelquefois *pesanteur*, *oscillation dans la région parotidienne* et le long du conduit de Sténon.

*État sain de la muqueuse buccale.*

Rien de remarquable dans les *qualités physiques du liquide* excrété, si ce n'est parfois une *odeur fétide* et des *goûts* divers. Quelques recherches intéressantes sur la *pesanteur spécifique* de ce liquide ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on ait confiance dans leur résultat.

Les *qualités chimiques* offrent, au contraire, des modifications importantes. Ce sont, d'après MM. Guibourt et Quevenne : la coloration jaune-rousse du résidu ; la présence d'une forte proportion d'*extrait brun* à odeur d'osmazôme, et d'une *matière animale* jouissant de propriétés analogues à celles de l'albumine non coagulée. M. Tanquerel des Planches n'a *jamais* trouvé la *salive acide* dans les cas de sialorrhée, et n'adopte pas l'analyse chimique de M. Mitscherlich, qui, dans un cas, a trouvé cette acidité.

Les conséquences du ptyalisme sont : la *gène de la prononciation et de la mastication*, la *dépravation du goût*, des *troubles* plus ou moins remarquables *de l'estomac*, un sentiment de *constriction à la gorge*, la *constipation*, des *flatuosités*, une *soif* vive, le *dépérissement*. Des *accidents nerveux* complètent l'ensemble des symptômes qui suivent une trop grande perte de salive.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le ptyalisme est ordinairement *chronique*, très rarement *intermittent*, sujet à des exacerbations, suivant des circonstances très variables. Le plus ordinairement, comme l'a noté M. Tanquerel, le flux salivaire disparaît aussi rapidement qu'il était venu ; on a vu des selles ou des sueurs abondantes coïncider avec sa disparition. Souvent cette disparition a eu lieu spontanément.

On a dit, pour expliquer la *nature* du ptyalisme, qu'il est le résultat d'une simple lésion de sécrétion ; c'est là exprimer un fait, mais ce n'est nullement l'expliquer. On n'a pas mieux résolu la question en disant que c'est une affection nerveuse.

### § V. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* est, en quelque sorte, négatif; c'est-à-dire qu'il suffit de s'assurer qu'il n'existe dans la bouche aucune lésion inflammatoire ou non qui donne lieu au flux salivaire, et que le malade n'est pas sous l'influence du mercure; car, pour reconnaître la maladie, l'écoulement de la salive suffit à la première vue.

Quant au *pronostic*, on a vu par ce que nous avons dit à propos de la terminaison de la maladie, qu'il n'a aucune gravité. Si même il était démontré que ce flux peut remplacer des maladies graves, et qu'il est critique dans un certain nombre de cas, il est évident qu'on devrait, en pareille circonstance, regarder son apparition comme un événement heureux.

### § VI. — Traitement.

Nous nous contenterons d'exposer le traitement en peu de mots, parce qu'il ne présente aucune difficulté dans son application.

Les *émissions sanguines* ne sont employées que chez les individus pléthoriques. C'est à la saignée générale qu'on a recours dans les cas de ce genre. On complète le traitement par les *purgatifs salins*, les *bains*, les *pédiluves sinapisés*, les *boissons aqueuses abondantes*, un *régime* léger, un *exercice* modéré.

On a eu recours, dans quelques cas, aux *vésicatoires* à la nuque, à la partie supérieure de la poitrine, aux jambes, et l'on a appliqué des *cautères* dans cette dernière partie.

MM. Graves et Grève ont employé avec succès l'*opium à haute dose*. M. Rayer conseille le *charbon végétal pulvérisé*.

Les autres auteurs ont eu recours à la *magnésie*, à l'*eau de Vichy*, aux *purgatifs salins*, et en particulier à l'*eau de Sedlitz*. Ces moyens sont presque tous employés avec succès dans la *stomatite mercurielle*.

Il en est de même des *gargarismes astringents* et des *substances astringentes* prises à l'intérieur. Le *chlorate de potasse* trouverait sans doute ici une application utile.

M. le docteur Vanoye (1) a vu des cas de salivation survenue dans le cours de la grossesse, et n'ayant aucune cause spécifique, céder promptement à l'emploi de la *belladone*. Ce médicament était pris sous forme d'extrait, à la dose de 5, puis de 10 centigrammes par jour. Il était aussi employé en gargarismes.

MM. Guimper et Mitscherlich ont cité chacun un cas où le *traitement mercuriel* fut mis en usage pour faire disparaître un ptyalisme essentiel.

Enfin, lorsqu'il existe une débilitation notable causée par la perte de la salive, on a recours aux *toniques* et aux *préparations ferrugineuses*.

[Chomel a employé empiriquement et avec succès, dans la grossesse, les *amandes douces* prises en nature et presque sans interruption. Nous avons vu ce moyen réussir chez un vieillard.]

De tous ces moyens, ceux qui nous paraissent devoir être placés en première ligne sont : les purgatifs salins, les astringents, les toniques, l'opium à dose élevée et la belladone.

## APPENDICE.

### *Maladie des annexes de la cavité buccale.*

#### OREILLONS.

De toutes les affections qui peuvent se montrer dans les glandes salivaires et dans leurs conduits, il n'en est point qui soient du domaine de la médecine, si ce n'est cette affection particulière que l'on nomme en France *oreillons* ou *ourles*, et qui est caractérisée par une tuméfaction considérable de la région parotidienne. C'est donc uniquement de cette affection qu'il va être question dans cet appendice, et encore

(1) *Annales de la Soc. méd. d'émulation de la Flandre*, 1819.

n dirons-nous que quelques mots, car elle est si légère, si peu importante, qu'elle ·ite à peine, dans le plus grand nombre des cas, l'attention du praticien.

Cette maladie, comme nous venons de le dire, consiste principalement dans le ıflement de la région parotidienne et sous-maxillaire, accompagné, dans quelques seulement, d'un mouvement fébrile plus ou moins prononcé.

On a donné des *noms variés* à cette affection observée depuis les premiers temps la médecine, et dont Hippocrate (1) a décrit une épidémie. Quelques auteurs voulu la désigner sous les noms d'*angina parotidea* (Jos. Frank, etc.); de *ıanche parotidea; parotis spuria* (Lieutaud); *catarrhus Bellinsulanus* (Sau-es); *sialadenites psyctica* (Hildenbrand).

La plupart des descriptions que nous en avons ont été faites d'après les épidé-s, qui sont *assez fréquentes*.

Parmi les *causes* de l'affection, on a placé le *sexe masculin*, et l'*âge* compris re la puberté et la trentième année, quoique le *sexe féminin* et les *autres âges* oient sujets dans une certaine proportion. C'est au *printemps* et à l'*automne* on a vu principalement survenir les épidémies dont nous avons la description. ı temps *froids* et *humides;* le *séjour dans des lieux sombres*, privés d'air, sont ı favorables à son développement. Déjà Hippocrate avait signalé l'influence de ımidité, qui a ensuite été reconnue par Borsieri, P. et J. Frank, et la plupart observateurs.

Enfin, pour terminer ce que nous avons à dire des causes, il faut signaler l'ap-ition de la maladie sous forme d'*épidémie*, et rechercher si, comme quelques eurs le pensent, elle peut se communiquer par *contagion*. Dans certains endroits, urtout dans les lieux bas et humides, les oreillons se présentent si fréquemment, on peut les considérer comme endémiques; et aux époques de l'année précé-nment indiquées, c'est-à-dire au printemps et à l'automne, un si grand nombre sujets en sont affectés, que le caractère épidémique paraît évident. C'est ainsi que ghius (2) cite une épidémie qu'il observa à Bologne en 1733; que Rochard (3) rit cette affection à la fois endémique et épidémique, ce qui lui a fait donner Sauvages le nom de *catarrhus Bellinsulanus*, et qu'un grand nombre d'au-s auteurs, tels que Noble (4), Jos. Frank (5), Borsieri d'après J. Protolongo, etc., rapporté des histoires d'épidémies plus ou moins frappantes. Presque toutes ces démies se sont présentées avec des caractères identiques. A peine y a-t-il eu elques particularités que nous signalerons plus loin.

Maintenant pouvons-nous, avec Laghius, admettre la *contagion?* Suivant cet eur, l'épidémie qu'il a observée aurait été apportée d'Afrique par les vents; is rien n'est assurément moins prouvé, et, comme il n'existe pas un seul fait dent de contagion, on ne saurait admettre l'existence de cette cause spéciale.

La maladie connue sous le nom d'*oreillons*, et à laquelle par un heureux hasard nom nouveau emprunté à la nomenclature organo-pathologique n'a point été

1) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, trad par Littré. Paris, 1840, t. II, *Épidémies*, I.
2) *Hist. epid. const. Comment. Bonon.*, t. V, pars I.
3) *Maladie particulière des glandes endémique à Belle-Isle-en-mer* (*Journ. de méd.*).
4) *History of an epidem. of cyn. parat.* (*Med. and surg. Journ.*, vol. IV).
5) *Praxeos med.*, vol. I, p. III, sect. I.

encore imposé, est tout autre chose qu'une simple parotidite. On peut ici, comme à l'occasion de toutes les inflammations siégeant au niveau de la région parotidienne sous la peau, agiter la question de savoir si c'est la glande elle-même qui est malade, ou si ce ne seraient pas plutôt les ganglions lymphatiques de cette région. Sous ce rapport, la question nous paraît jugée, et nous espérons que les réflexions qui suivent ne laisseront pas de doutes dans l'esprit du lecteur.

Et d'abord l'oreillon n'est pas une simple parotide; en effet, cette maladie a plusieurs siéges de prédilection, et sa manifestation n'a pas lieu seulement au niveau de la parotide, puisque fréquemment le testicule, la grande lèvre, la mamelle, se montrent également atteints, soit en même temps, soit alternativement; d'ailleurs il existe un état général qui précède l'apparition de cette phlegmasie localisée; cette phlegmasie elle-même suit rarement toutes ses périodes, et, le plus souvent, avorte. Dans aucun cas on n'a signalé l'action d'une cause locale, d'une violence directe ayant porté sur la région parotidienne, ni sur un organe voisin, tel que l'oreille ou le pharynx dont l'inflammation peut retentir sur les ganglions parotidiens. La parotide, l'épididymite, l'orchite ou la mammite se produisent ici d'emblée, spontanément, et sous l'influence d'une cause générale. Cette cause générale, vu la forme habituellement épidémique de la maladie, est évidemment un agent infectieux de nature animale, et, sous ce rapport, les oreillons peuvent être comparés aux fièvres continues et aux fièvres éruptives. Il est vrai, en ce qui concerne le siége réel de la phlegmasie dans la région parotidienne, qu'on a eu rarement l'occasion de le déterminer, le scalpel à la main; mais si l'on veut bien considérer que le testicule, qui est une glande, et la mamelle, sont également affectés par la maladie, on trouvera dans ce rapprochement une forte présomption en faveur de l'opinion exprimée par nous, que c'est bien la glande salivaire elle-même qui est malade en pareil cas. Il arrive assez souvent qu'à la fin des fièvres continues, surtout des fièvres typhoïdes, il survient un gonflement de la région parotidienne, et qu'un abcès s'ouvre, soit à la peau, soit par le conduit auditif. Ces abcès parotidiens, ces otites, ne peuvent être confondus avec les oreillons proprement dits, et ce n'est que par un abus de langage que le même mot a pu être appliqué à des manifestations morbides si différentes dans leur essence.]

*Symptômes.* — Fréquemment cette maladie *débute* par les *symptômes locaux*.

Dans les cas les plus graves, cependant, on observe d'abord des alternatives de *frissons* légers, d'horripilations et de chaleur, qui se montrent principalement le soir, et qui n'ont pas une longue durée.

La maladie une fois déclarée, on observe ce qui suit. Le malade éprouve, au-dessous d'une des deux oreilles, rarement dans ces deux régions tout d'abord, une *tension* plus ou moins considérable, avec une *douleur* contusive peu intense, et une certaine *gêne dans le mouvement de la mâchoire*. Bientôt il survient un *gonflement*, avec tension, sans dureté considérable, donnant sous le doigt la sensation d'un corps pâteux, très légèrement rénitent. La peau cependant ne change pas de *couleur* dans la plupart des cas; elle ne paraît pas collée aux parties sous-jacentes, comme dans les cas d'inflammation profonde de la parotide; elle paraît plutôt étendue sur un tissu tuméfié et gorgé de liquides.

De douze à vingt-quatre heures après, dans les cas les plus ordinaires, l'autre région parotidienne est envahie, et souvent le gonflement occupe en même temps

toute la partie située au-dessous de la mâchoire inférieure. Laghius avait déjà remarqué cette invasion d'une des deux régions parotidiennes avant l'autre.

Dans les cas où les deux régions parotidiennes *sont envahies à la fois*, le gonflement marche avec plus de rapidité, et les symptômes locaux éprouvés par le malade sont plus intenses.

Le *gonflement* est toujours notable; cependant les limites qu'il peut atteindre sont très variables, et, dans quelques cas, on l'a vu si considérable, qu'il donnait au visage un aspect presque effrayant. Il semble résulter de la description donnée par les auteurs que ce gonflement excessif a lieu principalement lorsque la maladie débute par de légers phénomènes fébriles. Chez quelques sujets, ce gonflement n'est point borné aux régions parotidienne et sous-maxillaire; le reste de la face, et surtout la région oculaire, peut être envahi : alors les traits deviennent entièrement méconnaissables.

Les autres accidents précédemment cités acquièrent, dans ces derniers cas, une intensité ordinairement beaucoup plus grande. C'est ainsi que la *douleur* devient vive, et se fait sentir non-seulement dans les régions parotidienne et sous-maxillaire, mais encore dans les yeux et les oreilles, comme l'ont observé Laghius et J. Frank. Non-seulement aussi la mastication se trouve gênée, mais encore la *déglutition* devient difficile, et cela à un degré assez remarquable, d'après les observations de Laghius. C'est dans ces cas que l'on a le plus de difficulté à examiner l'arrière-gorge, parce que les malades ne peuvent point ouvrir suffisamment la bouche; alors il existe un certain degré de *ptyalisme* particulièrement mentionné par Sténon.

Pendant que ces symptômes se montrent avec cette intensité, le *mouvement fébrile* fait des progrès; la *peau* devient chaude et sèche, l'*urine* sédimenteuse, et quelquefois on observe des *évacuations alvines* fréquentes.

Presque tous les observateurs ont noté, dans le cours de cette maladie, l'apparition d'un *gonflement vers les testicules*. Ce gonflement, qui n'est point constant, est cependant assez fréquent pour qu'on puisse penser, avec J. Frank, que Morton a voulu le désigner sous le nom de *febris testicularis*. Quelquefois, au moment de l'apparition de ce gonflement des testicules, on voit disparaître le gonflement parotidien; mais il n'est pas rare aussi de voir ce dernier persister, et l'affection des testicules et de la région parotidienne poursuivre leur cours ensemble. C'est principalement, ainsi que l'a fait remarquer Laghius, chez les jeunes gens que se montre le gonflement testiculaire, les enfants et les vieillards en étant presque toujours exempts.

Le *gonflement testiculaire* occupe uniquement ou presque uniquement le scrotum; aussi se montre-t-il presque toujours uniforme et égal des deux côtés. Cependant Rochard et P. Frank, cité par son fils, ont vu le gonflement borné à un seul testicule. Dans le cas observé par Rochard, le gonflement testiculaire ou scrotal eut lieu du même côté que le gonflement parotidien; ce fut le contraire dans le cas cité par J. Frank. Ce gonflement scrotal est accompagné de *douleurs le long des cordons spermatiques*, et de pesanteur dans le périnée.

Chez les femmes, un gonflement semblable se montre tantôt *dans les grandes lèvres*, ainsi que Laghius et J. Frank (1) l'ont noté, et tantôt aux *mamelles*,

(1) *Loc. cit.*, p. 62, note 31.

comme Hamilton (1) et Corzerez (2) en ont cité des exemples. La douleur gravative se fait alors sentir dans les aines et les lombes, avec un *prurit* dans le vagin, si le gonflement occupe les grandes lèvres, et une tension vers l'épigastre et dans les aisselles, s'il y a gonflement des mamelles.

Nous avons dit plus haut que la couleur de la peau n'était point ordinairement changée ; quelquefois cependant elle prend une *teinte rosée*, et plus rarement elle est d'une couleur *rouge sombre*.

Enfin on a parlé de la production d'*abcès* qui se montrent dans quelques cas ; mais on se demande si, lorsqu'on a observé des abcès profonds de la glande parotide et de la glande maxillaire, il n'y avait pas autre chose que la maladie légère dont nous nous occupons. Ce qui autorise à le croire, c'est que, dans ces cas, l'affection n'occupait qu'un seul côté, circonstance au moins très rare dans les simples oreillons. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on a vu apparaître de petits *abcès superficiels*, ayant leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La *marche* de la maladie est continue et rapide. Sa *durée* est de trois ou quatre jours ; ce n'est que dans les cas graves qu'elle dépasse ce terme. Quant à la *terminaison*, on éprouve quelque difficulté à l'indiquer. On peut néanmoins, d'une manière générale, dire que dans la presque totalité des cas, elle est favorable. Quelques auteurs, et en particulier Hamilton, ont cité un très petit nombre de cas dans lesquels la maladie se serait terminée par la suffocation et par la mort. Cet accident n'aurait eu lieu que chez de jeunes enfants. Reste encore à savoir si, en pareil cas, il s'agissait simplement des oreillons, ce que l'absence de détails dans les observations ne nous permet pas de décider.

*Lorsque la maladie se termine par la guérison*, tantôt la résolution a lieu peu à peu sans phénomènes concomitants notables ; tantôt, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le gonflement parotidien disparaît brusquement, pour faire place à un gonflement semblable du scrotum, des grandes lèvres ou des mamelles. Il y a alors une véritable métastase ; mais il ne faut pas croire que les choses se passent toujours ainsi, comme l'a dit Rochoux (3), car les observations des auteurs dans lesquelles l'apparition du gonflement scrotal n'a eu aucune influence sur le gonflement parotidien sont assez nombreuses.

Quelques observateurs ont admis des métastases sur le *cerveau*, sur le *poumon*, sur les principaux organes en un mot, et Hamilton a cité quelques faits où les choses paraissent s'être passées de la sorte. Sans nier la possibilité du fait, je ne crois pas qu'on puisse, dans l'état actuel de la science, se prononcer formellement sur une semblable question. C'est à l'observation à éclairer ce point encore obscur : au reste, ce genre de terminaison est au moins très rare.

Enfin on a signalé une terminaison par le moyen d'une *crise* ; cette crise serait presque toujours une *sueur copieuse*, qui remplacerait la sécheresse préexistante de la peau. Il faudrait encore des recherches plus exactes que celles que nous possédons, sur la marche et la durée naturelle de la maladie, et une analyse plus rigoureuse des faits, pour résoudre cette question.

L'absence d'autopsies, au moins dans des cas simples, nous empêche de parler

(1) *Trans. of the Roy. Soc. of Edinburgh.*
(2) *Mémoires de l'Acad. des sciences de Toulouse*, t. I.
(3) *Dictionnaire de médecine*, art. OREILLONS.

des *lésions anatomiques*. D'après ce que l'on observe pendant la vie, on peut penser qu'il s'agit tout simplement d'un afflux plus considérable de liquides, ou, en d'autres termes, de ce que la plupart des pathologistes appellent une simple fluxion.

Le *diagnostic* de cette affection légère ne saurait nous arrêter longtemps.

L'existence de la tuméfaction dans les deux régions parotidiennes, le peu de dureté de la tumeur, ses limites mal circonscrites, le peu d'intensité des symptômes généraux, suffisent pour faire distinguer les oreillons de l'*inflammation de la glande parotide*.

Les mêmes caractères, le siége superficiel du gonflement, et l'absence de toute cause organique voisine empêcheront que l'on confonde cette maladie avec l'*engorgement des ganglions sous-maxillaires* qui survient dans les affections du pharynx, dans l'érysipèle et dans quelques exanthèmes.

Quant aux *tumeurs scrofuleuses* qui occupent la même région, il suffit de les mentionner ; car le moindre examen les fera facilement distinguer. Il serait inutile de présenter un tableau d'un diagnostic si simple.

Nous avons vu que la détermination du *pronostic* présente quelques difficultés. Si les cas cités par Hamilton et quelques autres sont des cas de simples oreillons, on doit admettre que la maladie est infiniment plus grave *chez les jeunes enfants*, puisqu'ils peuvent être suffoqués. Les abcès superficiels n'ont que de très légers inconvénients, et quant aux abcès profonds, il est très douteux qu'ils appartiennent à la maladie qui nous occupe. En somme, le pronostic est favorable dans la presque totalité des cas.

*Traitement*. — Le traitement de cette maladie est très simple ; presque toujours il suffit du séjour au lit, et de quelques adoucissants et émollients pour la faire disparaître.

Dans les cas où l'on voudrait favoriser ou déterminer la sueur, on donnerait des boissons diaphorétiques légères, comme l'*infusion de bourrache;* ou de légers excitants généraux, comme l'*infusion de sauge*.

Il est rare que l'on ait recours aux *émissions sanguines*. Cependant, si la fièvre était intense, la chaleur très élevée, et s'il y avait une certaine inquiétude, on pratiquerait une *saignée générale* de 300 à 400 grammes chez les adultes. Il ne paraît pas convenable d'appliquer des *sangsues* sur le siége de la tuméfaction, qu'elle existe aux régions parotidiennes, aux testicules ou aux mamelles. Si l'on avait recours aux sangsues, chez des enfants par exemple, il vaudrait mieux (selon les apparences, car nous n'avons rien de positif à cet égard) les appliquer à l'anus.

Il est rare que l'on ait recours aux *vomitifs* et aux *purgatifs*. Cependant J. Frank, qui admet une *complication gastrique*, propose d'administrer l'*émétique* à petite dose, dans le but non-seulement d'évacuer les saburres, mais encore de provoquer la transpiration. S'il y avait quelques symptômes d'embarras gastrique, on donnerait l'*émétique à dose vomitive*, c'est-à-dire à la dose de 0,05 gram. dans un demi-verre d'eau. Quant aux *purgatifs*, 30 ou 40 grammes de *manne*, 30 grammes d'*huile de ricin*, etc., seraient prescrits ; mais en général il suffit d'administrer quelques *lavements émollients* ou rendus laxatifs par l'addition de quelques cuillerées d'*huile d'olive*, afin d'entretenir la liberté du ventre.

Quelques autres symptômes qui se sont montrés dans des cas rares, comme de l'agitation, de l'insomnie, des inquiétudes, ont été traités par quelques auteurs à l'aide de médicaments particuliers, tels que la *racine de serpentaire*, le *camphre*, le *carbonate* ou l'*acétate d'ammoniaque*. Ce dernier médicament, conseillé par Hamilton, était donné par lui *à la dose de* 10 *à* 15 *centigrammes le soir*. Nous pensons qu'il suffit de mentionner ces médicaments, dont l'action et l'efficacité, en pareil cas, sont fort hypothétiques. Les *opiacés* à dose hypnotique peuvent être également employés.

Reste une dernière question : *Est-il des cas où le gonflement ayant disparu avec plus ou moins de rapidité, il faut le rappeler!* Nous avons vu plus haut que l'on ne pouvait pas se prononcer avec certitude relativement à l'existence des métastases sur les principaux organes internes : si cependant, après la disparition brusque des oreillons, on voyait survenir des symptômes graves du côté du cerveau ou des poumons, on serait autorisé à faire tous ses efforts pour rappeler le gonflement, effet que l'on chercherait à obtenir par l'application de *sinapismes*, d'un *liniment volatil*, de *vésicatoires même* sur les régions parotidiennes, les testicules et les mamelles, en même temps que l'on combattrait l'affection interne par des moyens énergiques.

Pour compléter le traitement d'une maladie si bénigne, il nous suffit d'ajouter que le *régime* doit être léger; que la *diète* ne doit être prescrite que dans les cas où l'affection est intense et présente un certain mouvement fébrile; que les malades doivent être *soustraits au froid et à l'humidité*, et garder le *repos*.

Il serait inutile de résumer un traitement aussi simple.

---

## CHAPITRE II.

### MALADIES DU PHARYNX.

Nous voici parvenus à des maladies que l'on peut mettre au nombre des plus importantes parmi celles des voies digestives. Présentant des symptômes souvent fort intenses et ayant, dans beaucoup de cas, une très grande gravité, se montrant très fréquemment aux divers âges de la vie, les maladies du pharynx ont dû, de tout temps, fixer d'une manière particulière l'attention des médecins : aussi, dès l'origine de la médecine, voyons-nous les principaux auteurs leur accorder une mention toute particulière, et plus tard retrouvons-nous, sous des noms très différents, des articles importants consacrés aux maladies du pharynx dans tous les traités de médecine, sans compter les travaux spéciaux entrepris sur cet important sujet. Les anciens auteurs, n'ayant point connu parfaitement les caractères anatomiques de ces maladies diverses, et les médecins plus modernes ayant, sans tenir un compte suffisant du siége des lésions, réuni sous un même titre des affections différentes, il en est résulté une très grande confusion.

Et d'abord nous n'obtenons que de très faibles lumières des écrits d'Hippocrate et de Galien. Un ou deux *aphorismes* du premier et quelques passages isolés ne

ntenant que des indications plus propres à induire en erreur qu'à nous éclairer, ilà tout ce que nous trouvons dans cette haute antiquité. Galien fit des efforts ur distinguer les angines qui ont leur siége dans le pharynx, de celles qui t leur siége dans le larynx ; il en fut de même d'Arétée (1), et ensuite cette ision fut maintenue avec plus ou moins d'exactitude et définitivement con-crée par Boerhaave et Van Swieten (2). Mais cette distinction n'est point assez rfaite dans les écrits de tous ces auteurs pour que les descriptions ne présentent int encore une assez grande confusion. C'est surtout dans ces derniers temps l'on a établi une ligne de démarcation très tranchée entre les affections propres larynx et les affections propres au pharynx, tout en reconnaissant que, dans rtaines circonstances, les lésions se propagent rapidement d'une de ces cavités à utre.

Néanmoins, sous le nom générique d'*angine*, un grand nombre d'auteurs ont ntinué à désigner également les affections du pharynx et du larynx, une gêne s ou moins notable de la respiration ou de la déglutition leur suffisant pour ad-ettre l'existence de l'angine. Cette définition, proposée par Van Swieten, a récem-ent été adoptée par les auteurs du *Compendium de médecine* (tome I, article *An-ine*) comme s'appliquant à tous les cas. Sans doute, si l'on veut conserver encore tte mauvaise dénomination d'*angine*, on doit se ranger à la manière de voir de s auteurs : mais, en y réfléchissant, on verra que, de toutes les causes qui ont porté la confusion dans l'histoire des maladies du pharynx et du larynx, la plus uissante est peut-être cette réunion forcée sous un même titre de maladies fort issemblables.

Les maladies du pharynx diffèrent de celles du larynx non-seulement par leur iége, mais encore par des symptômes importants, par leur marche, par leur gra-ité et par les moyens de traitement qui leur sont propres. Il est donc indispen-able de séparer complétement des affections si différentes ; autrement il peut en ésulter un embarras très fâcheux pour la pratique. Il ne suffit pas, en effet, que nature de la maladie soit la même pour qu'on lui conserve le même nom dans s différents points qu'elle occupe, et c'est évidemment à tort que, dans ces der-iers temps, M. Bretonneau a voulu que, sous le nom de *diphthérite*, on confondît angine couenneuse et le croup. Il faut sans doute reconnaître cette identité de ature, ainsi que la propagation de la maladie d'une cavité à l'autre ; mais les utres circonstances précédemment énumérées veulent que l'on regarde l'affection omme très différente, suivant qu'elle occupe le larynx ou le pharynx.

Ce n'est pas que la distinction dont il s'agit n'ait été introduite dans les termes à ne époque assez reculée. Il suffit, pour s'en convaincre, de rappeler la division tablie par Galien, adoptée par Lazare Rivière (3), et que nous avons citée dans deuxième volume de cet ouvrage (4). Nous nous bornerons à la reproduire ici : 1° *Cynanche :* Inflammatio interiores propriosque laryngis musculos occupat. 2° *Synanche :* Interiores pharyngis musculos inflammatio occupat. 3° *Paracy-*

(1) *De causis et signis*, etc., lib. I, cap. VII.
(2) *Commentarii in H. Boerhaave Aphorismos*. Lugduni Batavorum, 1759, t. II.
(3) *Praxeos med.*, lib. VI, cap. VII, *De angina*.
(4) Voy. *Laryngite simple aiguë*, t. I, p. 341.

» *nanche* : Exteriores laryngis musculos inflammatio invadit. 4° *Parasynanche*: » Exteriores faucium musculos inflammatio invadit. »

Cette division n'a point été néanmoins généralement adoptée, comme on peut s'en assurer par la lecture des principaux auteurs, tels que Boerhaave, Borsieri, J. Frank, etc. Cela tient peut-être à ce que, d'une part, les deux divisions *Paracynanche* et *Parasynanche* ne sauraient entrer dans l'histoire des angines, et secondement à ce que la définition étant mauvaise, puiqu'il s'agit de l'inflammation des muscles du larynx et du pharynx, les médecins qui ont bien connu la maladie n'auront point voulu l'accepter.

Aujourd'hui il nous est facile de proposer des dénominations qui rendent la description des diverses maladies dont il s'agit plus claire et plus facile ; il suffit de désigner sous le nom de *laryngites*, comme nous l'avons fait dans cet ouvrage, les angines qui occupent le larynx, et de *pharyngites* celles qui envahissent le pharynx.

Les affections propres au pharynx sont assez nombreuses. Plusieurs divisions ont été présentées par les auteurs ; elles sont principalement fondées sur le siége de la lésion, sur la forme que présente la maladie, et sur les causes présumées qui l'ont produite.

Boerhaave et Van Swienten admettaient : 1° une *angine aqueuse*, dans laquelle la tuméfaction étant considérable, ils avaient vu un œdème aigu des parties constituantes du pharynx ; 2° une *angine squirrheuse*, remarquable par la dureté des tissus, et que l'on doit sans doute rapporter à l'induration chronique des amygdales ; 3° une *angine inflammatoire ;* 4° une *angine suppuratoire*, et 5° une *angine gangréneuse*. Ce sont là les seules angines pharyngées qui se trouvent dans cette division, car les autres sont des angines laryngées ou ne sont point des angines. Parmi ces dernières affections se trouve la *paralysie du pharynx et de l'œsophage*, qui a été également admise par Borsieri (1) sous le titre d'*angina paralytica*.

Sauvages a, comme à l'ordinaire, multiplié les divisions ; celles qui se rapportent particulièrement à l'angine pharyngée sont les suivantes : 1° *Cynanche tonsillaris*: variétés : *C. catarrhalis*, *C. vera*, vel *sanguinea ; C. synochalis* ou compliquée de fièvre putride ; 2° *C. maligna*, comprenant la *C. ulcerosa* et la *C. gangrenosa* ; 3° *C. exanthematosa*. Il suffit de cette indication pour montrer sur quels principes Sauvages a fondé cette division, qui ne saurait nous être d'aucune utilité, car elle n'est pas plus complète et est beaucoup plus confuse que celle des autres auteurs. C'est pourquoi je n'indiquerai pas les espèces qui sont fondées sur des circonstances accidentelles, comme la *C. a deglutitis* et la *C. a dysenteria*. Les divisions de Cullen et de Jos. Frank ont pour base des principes à peu près semblables.

Plus récemment on a reconnu l'*angine simple*, que l'on a désignée sous le nom d'*angine gutturale*, quand elle occupe l'isthme du gosier ; sous celui d'*amygdalite*, quand elle a son siége dans les tonsilles, et sous celui d'*angine pharyngée*, quand elle a son siége dans les parties profondes du pharynx ; puis l'*angine pultacée*, l'*angine couenneuse* et l'*angine gangréneuse*.

Après avoir examiné les principales observations de maladies du pharynx, voici

(1) *Institutiones medicinæ practicæ*. Lipsiæ, 1826, vol. III, *De angina*, p. 354.

la division que nous croyons devoir adopter : 1° *Pharyngite simple aiguë*, dont les diverses variétés seront indiquées et appréciées ; 2° *pharyngite simple chronique ;* 3° *pharyngite pultacée* et *pharyngite couenneuse ;* 4° *pharyngite ulcéreuse ;* 5° *pharyngite gangréneuse.*

L'histoire de ces maladies, avec quelques mots que nous dirons d'abord de l'*hémorrhagie du pharynx*, et une courte indication de la *dégénérescence cancéreuse* des parois de cette cavité et de la *dilatation du pharynx*, formeront la matière de ce chapitre.

Dans les maladies du pharynx, nous ferons entrer *celles du voile du palais*, parce que cette partie appartient beaucoup plus à cette cavité qu'à la cavité buccale.

## ARTICLE Ier.

### HÉMORRHAGIE DU PHARYNX (*pharyngorrhagie*).

Cette affection est rare. Sous le titre de *stomato-pharyngorrhagia*, P. Frank (1) a cité un petit nombre de cas où de *petites varices*, semblables à celles que nous avons décrites dans la bouche, ont donné par leur rupture un écoulement de sang. Il cite également un exemple dans lequel l'hémorrhagie du pharynx eut lieu chez une femme non réglée depuis huit ans. Une légère érosion de la paroi postérieure de la cavité pharyngienne donnait issue au sang. Dans quelques autres cas d'ulcérations, on a vu aussi une petite quantité de sang provenant du pharynx être rejetée par la bouche. Quelquefois l'hémorrhagie est causée par une violence traumatique ; et enfin, M. Alquié et d'autres ont rapporté des observations d'hémorrhagie pharyngienne causée par la *piqûre d'une sangsue* qui avait été avalée en buvant.

L'*écoulement de sang* est très peu considérable, à moins qu'il ne soit dû à une cause traumatique, ou qu'il ne constitue une *hémorrhagie supplémentaire*, comme dans le cas cité par P. Frank. L'inspection du pharynx en fait facilement reconnaître la source dans le plus grand nombre des cas. Le liquide est rejeté ordinairement par *simple exscréation*, après quelques efforts bruyants pour le chasser de la cavité pharyngienne. Il *n'est pas spumeux*, à moins qu'il n'ait été agité violemment par des secousses de toux provoquées ou non par l'entrée de quelques gouttes de sang dans le larynx.

Ces signes sont suffisants pour faire distinguer cet écoulement sanguin des autres hémorrhagies qui ont lieu par la bouche. On conçoit, du reste, que l'hémorrhagie du pharynx est celle dans laquelle le sang peut être le plus facilement avalé, et, en pareil cas, on pourrait confondre la maladie avec une *hématémèse*, si des vomissements sanglants avaient lieu ; mais les signes déjà indiqués dans cet ouvrage (2) feront facilement éviter l'erreur.

Les divers moyens indiqués dans l'article consacré à l'hémorrhagie buccale s'appliquent parfaitement à l'hémorrhagie du pharynx. Ce serait donc une répétition inutile que de les rappeler ici, et je me hâte d'abandonner une affection dont l'intérêt est plus que médiocre.

(1) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, t. II, p. 516

(2) Voy. les articles *Épistaxis* et *Hémoptysie*, t. I, p. 247 et 543.

## ARTICLE II.

### PHARYNGITE SIMPLE AIGUË.

Sous ce titre générique, nous comprenons plusieurs espèces de pharyngites admises par les auteurs. Nous aurons à décrire, en effet, sous le rapport de la nature de l'affection, l'*angine catarrhale* de Sauvages, l'*angine inflammatoire* ou *sanguine* de Boerhaave, l'*angine franche* de quelques auteurs, et l'*angine membraneuse* de quelques autres, qu'il ne faut pas confondre avec l'angine bilieuse, gastrique. Sous le rapport de la forme, nous trouvons l'*angine bilieuse*, *gastrique* etc., et enfin, sous le rapport du siége, une division beaucoup plus importante admise aujourd'hui par un grand nombre de médecins français, et qui est la suivante : *pharyngite superficielle bornée à l'isthme du gosier*, ou *angine gutturale; pharyngite ayant son siége principal dans les tonsilles*, ou *amygdalite ;* et enfin, *pharyngite ayant son siége dans les parties les plus reculées du pharynx*, ou *angine pharyngée proprement dite.*

Sans doute il faut reconnaître, avec Pinel et avec plusieurs des auteurs qui l'ont suivi, tels que MM. Rostan et Roche, qu'il est rare que la maladie soit bornée à un petit espace, et que l'inflammation a une très grande tendance à occuper à la fois plusieurs des parties constituantes du pharynx. Mais dans les cas où la pharyngite est ainsi limitée, il y a des circonstances particulières qui donnent une physionomie propre à l'affection, et qui la rendent plus ou moins dangereuse; en sorte qu'il n'est pas inutile, pour la pratique, de connaître ces particularités. Quelques auteurs, et entre autres Borsieri, pour résoudre toutes les difficultés, ont admis une autre angine formée de plusieurs de celles qui viennent d'être indiquées, et l'ont désignée sous le nom d'*angina composita.* Il suffira de dire quelques mots de cette pharyngite généralisée, ce que nous ferons dans le cours de cette description.

Cette dernière division est donc celle que nous croyons devoir adopter; elle nous permettra de passer en revue, dans un ordre facile à suivre, tous les points importants de l'histoire de la pharyngite simple aiguë. Quant aux espèces admises sous le point de vue de la forme et de la nature de la maladie, nous nous bornerons à exposer, dans la suite de cet article, ce qu'elles offrent de particulier.

#### PREMIÈRE ESPÈCE : *Pharyngite superficielle, ayant son siége dans l'isthme du gosier* (*angine gutturale*).

Cette affection n'a été bien étudiée, d'une manière isolée, que dans ces dernières années : elle est une des plus fréquentes que l'on rencontre ; mais aussi elle est très souvent extrêmement légère, de sorte qu'on n'en a pas recueilli d'observations bien détaillées. Il en est de cette affection comme de la bronchite aiguë légère, qui a paru trop simple et trop facile à guérir pour qu'on s'en soit sérieusement occupé.

##### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *pharyngite gutturale* est définie par les auteurs une inflammation qui a son siége dans la membrane muqueuse qui revêt l'isthme du gosier, le voile du palais,

ses piliers et les amygdales. Ce qui la distingue de l'amygdalite, c'est son siége superficiel, de sorte que la glande elle-même n'est point sensiblement affectée. Nous verrons cependant que, dans quelques cas exceptionnels, le voile du palais est plus profondément atteint, en sorte que la définition n'est pas exactement rigoureuse. Dans certains cas légers, l'inflammation paraît uniquement bornée à la partie antérieure de l'isthme du gosier, de telle façon qu'aucune partie des amygdales n'est atteinte.

Les noms que l'on a donnés à cette affection sont principalement tirés de son siége : ainsi, *isthmitis*, *paristhmitis*, *staphylite* ; mais on voit que ces dénominations ne sont pas parfaitement exactes, puisque quelquefois l'inflammation peut s'étendre au delà. C'est elle que l'on a principalement désignée sous les noms d'*angine catarrhale*, *rhumatique*, *gutturale*. On lui a donné aussi les noms vicieux de *palatite* et d'*angine simple*.

Nous avons déjà dit que cette affection est *très fréquente ;* nous en trouverons bientôt une preuve dans l'étude des causes, car nous verrons que tous les ans, à certaines époques, elle attaque une plus ou moins grande partie de la population, et qu'elle prend un caractère épidémique.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

Cette affection peut atteindre tous les *âges ;* cependant elle ne se montre pas dans la même proportion à toutes les époques de la vie. Elle attaque principalement les sujets *jeunes* et qui présentent les attributs du *tempérament sanguin*. Il serait toutefois nécessaire qu'on fît à ce sujet des recherches plus exactes.

Billard (1) a avancé que l'angine gutturale est très fréquente *chez les nouveau-nés*. C'est ce qu'il ne nous a pas été permis de constater, et ce qui doit être bien difficile à reconnaître, surtout si l'affection ne présente d'autres signes que ceux que lui a assignés Billard, et que nous indiquerons plus loin.

Suivant J. Frank, qui distingue la pharyngite dont il est question en *angine catarrhale* et en *angine rhumatique*, ces deux espèces attaqueraient les sujets dans les conditions très différentes. Ainsi la première sévirait sur les enfants, le sexe féminin, les hommes débiles, les individus lymphatiques, scrofuleux, ceux qui sont en proie au vice syphilitique ou qui ont fait abus du mercure; tandis que la seconde se montrerait chez des sujets vigoureux, mais qui se seraient exposés à des variations de température. Rien n'autorise à admettre cette distinction, jusqu'à ce que les faits soient venus en prouver la solidité.

Malgré l'assertion de J. Frank, il est difficile de se prononcer sur l'influence du *sexe* dans l'angine gutturale. Presque tous les médecins pensent néanmoins que le sexe féminin y est le plus sujet ; mais dans le relevé des observations de MM. Louis et Rufz, on voit que la proportion des hommes a été notablement plus considérable que celle des femmes.

Les *saisons* dans lesquelles se produit le plus fréquemment cette maladie sont, sans contredit, le commencement du printemps et de l'automne, surtout lorsque

(1) *Traité des maladies des enfants nouveau-nés.*

le temps est très humide et pluvieux. Sturm (1) a rassemblé des faits qui mettraient hors de doute l'existence de cette cause, si le grand nombre d'exemples que nous en avons tous les ans sous les yeux ne rendait cette démonstration inutile. L'habitation dans les *lieux froids et humides* fait naître la même prédisposition, quoique à un degré beaucoup moins élevé.

Les sujets *convalescents* d'une maladie fébrile sont exposés à contracter cette angine superficielle, dont l'existence a été reconnue par Bayle lui-même, quoiqu'il en ait mal apprécié la valeur. C'est néanmoins un fait qu'il importe de signaler, parce que cette pharyngite superficielle entraîne parfois après elle une affection très grave, l'œdème de la glotte.

J'ai déjà dit que cette maladie se montrait sous *forme épidémique*. On voit en effet, aux époques mentionnées plus haut, un grand nombre d'individus en être atteints sans qu'on puisse en trouver la cause ailleurs que dans un état particulier de la constitution atmosphérique. Il serait extrêmement facile d'en citer des exemples.

### 2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles ont été trouvées principalement dans le *refroidissement*, et surtout dans le *refroidissement des pieds*; dans le *passage rapide d'un lieu chaud dans un lieu froid ;* dans l'exposition à un *courant d'air*, principalement lorsqu'on a le cou dépouillé; dans l'*arrêt subit de la transpiration*, et surtout de la transpiration des pieds. Les exemples qu'on a cités de l'action de ces causes sont nombreux, mais il faut ajouter qu'une des *prédispositions* précédemment indiquées paraît nécessaire dans le plus grand nombre des cas.

Nous ne parlons pas des *grands efforts de la voix* et du *chant*, qui déterminent plutôt une légère irritation du larynx et de l'enrouement, ni des *boissons très chaudes* qui ne donnent lieu qu'à une excitation passagère, ou qui produisent une légère brûlure ; mais il faut dire, d'après quelques auteurs, que l'effet des causes précédentes est beaucoup plus facile et plus prompt lorsque les sujets viennent de se livrer à de grands efforts de voix ou ont pris des boissons chaudes.

L'*ingestion d'un liquide glacé* a été quelquefois suivie de la maladie dont il est question : la cause a-t-elle agi seulement alors comme le froid extérieur?

L'*inspiration d'un gaz irritant* peut produire une inflammation du pharynx, mais, presque toujours, dans ces cas, l'inflammation du larynx, de la trachée et des bronches a une bien plus grande importance, et attire l'attention du médecin.

Enfin, dans d'autres cas, on a admis l'existence d'une cause bien différente de celles qui viennent d'être mentionnées : c'est une *augmentation rapide et considérable de la chaleur atmosphérique* coïncidant avec l'humidité.

La plus importante de ces causes est évidemment celle qui se trouve dans l'action de la constitution atmosphérique, et qui a quelque chose d'inexplicable pour nous; nous retrouverons la plupart des autres dans les diverses angines qu'il nous reste encore à étudier.

Nous n'avons pas jugé nécessaire de mentionner ici l'inflammation du pharynx qui accompagne plus ou moins fréquemment certaines *maladies fébriles*, et en

(1) *Aer anginæ causa efficiens*, 1699.

particulier les *fièvres exanthémateuses*, parce que ces angines présentent le plus souvent quelque chose de spécial, et que, d'un autre côté, elles ne sont que des lésions secondaires dont il n'est question à l'occasion des maladies dans le cours desquelles elles se montrent.

### § III. — Symptômes.

*Début.* — Le début de l'affection a lieu de deux manières différentes : tantôt le premier signe de la maladie consiste dans une gêne plus ou moins grande rapportée au voile du palais, alors la maladie commence par les symptômes locaux ; tantôt, au contraire, il y a un mouvement fébrile plus ou moins notable, qui consiste en une sensibilité au froid, une accélération du pouls, la chaleur halitueuse de la peau, accompagnées de céphalalgie et de troubles intestinaux. Cette dernière espèce de début est rare ; car presque toujours, lorsque les symptômes généraux ouvrent la scène, on voit survenir, outre les accidents locaux qui viennent d'être mentionnés, un gonflement des amygdales qui annonce que les tonsilles ont une grande part à la maladie. Cela prouve que la division proposée par les auteurs, et que nous avons cru devoir adopter pour les motifs indiqués plus haut, n'est exacte que pour un certain nombre de cas de pharyngite très légère.

*Symptômes.* — Lorsque la pharyngite reste bornée à l'ouverture supérieure du pharynx et qu'elle est superficielle, voici les symptômes qui se présentent. La *gêne*, que nous avons dit exister à l'isthme du gosier, augmente et devient une véritable *douleur* ; cette douleur est extrêmement *augmentée par la déglutition*, et cependant les malades éprouvent continuellement le besoin d'avaler la salive qui afflue dans leur bouche : la déglutition des corps liquides est plus difficile et plus douloureuse que celle des corps solides. Lorsque ce symptôme est porté très haut, ce qui est assez rare, les malades, après avoir fait des efforts douloureux pour avaler leur salive, finissent par la rejeter au dehors.

Ils éprouvent en outre un besoin fréquent de chasser par des secousses brusques le *mucus* qui se produit sur la membrane enflammée ; et quelquefois aussi ces mouvements sont provoqués par le simple gonflement des parties, qui fait croire à la présence d'un corps étranger.

Comme dans l'inflammation aiguë des fosses nasales, nous trouvons d'abord ici une *sécheresse* de la muqueuse enflammée, qui, au bout d'un ou deux jours, est remplacée au contraire par cette sécrétion surabondante du mucus qui vient d'être signalée.

Si l'on examine alors les parties malades, on voit le voile du palais, son pilier antérieur, la partie voisine de la base de la langue, et fréquemment les amygdales et le pilier postérieur, se montrer avec une *rougeur* plus ou moins vive, mais médiocrement intense dans le plus grand nombre des cas. Le voile du palais paraît plus *épais* ; la luette est également épaissie, allongée, et présente sur ses bords et à son extrémité une *demi-transparence œdémateuse*. Lorsque l'inflammation est bornée à un seul côté, la tuméfaction de la luette n'ayant lieu que dans une de ses moitiés, il peut en résulter que ce petit appendice est *dévié* du côté opposé.

Cependant les amygdales ne sont pas sensiblement tuméfiées ; seulement elles présentent quelquefois à leur surface de petites concrétions blanchâtres qui annon-

cent que l'inflammation a atteint quelques-unes de leurs lacunes, symptôme que nous retrouverons quand il s'agira de l'amygdalite.

Cet état des parties malades occasionne quelques autres symptômes qu'il importe de mentionner. Ainsi le gonflement du pilier antérieur du voile du palais, et surtout celui de la luette, donnent lieu, sur la base de la langue, à un contact continuel et incommode qui peut occasionner des *nausées* et des *vomissements*, et qui bien plus souvent provoque les mouvements de déglutition dont il a été question plus haut.

Quant à la *toux gutturale* décrite par quelques auteurs, et en particulier par Laz. Rivière (1) et par Saxonia (2), est-on bien certain que, dans les cas où elle se montre, l'inflammation ne s'est pas propagée à la partie supérieure du larynx?

On a encore rangé, parmi les symptômes de cette affection, le *rejet des boissons par les fosses nasales*; mais nous ne connaissons pas d'exemple de ce fait, et tout porte à croire que dans les cas où ce symptôme s'est montré, il s'agissait d'une angine beaucoup plus grave et beaucoup plus profonde.

Pour compléter le tableau de ces symptômes peu graves, il suffit d'ajouter que l'*haleine* est ordinairement mauvaise; que le malade se plaint d'un *goût fade* ou désagréable; que la bouche est assez souvent *pâteuse*, et quelquefois chargée d'un *enduit* plus ou moins épais. Quant aux symptômes ayant leur siége dans d'autres organes, il n'en existe pas, à moins qu'il n'y ait un mouvement fébrile, cas rare dans cette espèce, et dont nous allons dire un mot.

Mais auparavant nous devons ajouter que, quelque légère que paraisse cette affection, d'après la description précédente, on pourrait citer des cas où elle se montre plus légère encore, et qui ne méritent guère le nom de maladie. Ainsi on éprouve assez fréquemment, à la partie postérieure du voile du palais, un léger sentiment de gêne, avec un gonflement plus ou moins considérable de la luette, des mouvements presque involontaires de déglutition, l'excrétion d'une petite quantité de mucus concret, sans aucune altération de la santé. Ces phénomènes se dissipent spontanément.

*Pharyngite gutturale fébrile.* — Dans les cas exceptionnels où cette pharyngite détermine un *mouvement fébrile*, son apparition est précédée et accompagnée d'un sentiment de chaleur peu considérable, d'une légère élévation du pouls et d'un *malaise général* qui se montre principalement le soir. Il est rare d'observer d'autres symptômes fébriles, et la céphalalgie, ainsi que les troubles gastriques qui se montrent parfois, sont peu intenses.

*Pharyngite gutturale suppuratoire.* — A peine peut-on citer quelques cas où l'inflammation de l'isthme du gosier ait pénétré assez profondément pour déterminer la *suppuration* des parties; c'est cependant ce que l'on observe quelquefois, et alors l'affection prend les caractères de l'*angine inflammatoire* d'un grand nombre d'auteurs. Dans ces cas, on voit survenir, soit dans un des côtés du voile du palais, soit dans un de ses piliers, un gonflement plus considérable, avec une douleur assez vive, et avec une grande difficulté d'écarter les mâchoires. La sécrétion du mucus est considérable, les parties sont déformées : ainsi le bord inférieur du voile du

(1) *Prax. med.*, lib. VI, cap. VII.
(2) *Prælect. practic.*, pars I, cap. IX.

is peut devenir convexe, les piliers très proéminents se porter vers la base de ngue, et la luette être notablement déviée. Au bout de quelques jours, les symnes diminuent; on voit apparaître sur la partie gonflée un point plus saillant, se rompant ordinairement dans un effort pour détacher les mucosités, donne e à une plus ou moins grande quantité de pus : effet qui est suivi d'un soulaent immédiat. Dès ce moment, la guérison est rapide, et la cicatrisation ne ait point attendre. Dans quelques cas, on est obligé d'*ouvrir l'abcès* avec le ouri.

*Pharyngite gutturale gangréneuse.* — Dans des cas plus rares encore, il surit une *gangrène* superficielle et bornée, et l'affection se termine promptement is la chute de l'eschare. Nous en avons vu un exemple très remarquable à l'hôpital ujon, dans le service de M. Louis. Nous aurons occasion de le rappeler dans itoire de la *pharyngite gangréneuse.*

Nous avons dit plus haut qu'on avait distingué dans cette espèce de pharyngite x formes principales, qui sont : l'*angine catarrhale* et l'*angine rhumatique.* ci, d'après les principaux auteurs, ce qui distinguerait ces deux formes :

*Pharyngite catarrhale.* — Connue sous les noms d'*angina lymphatica*, *notha*, *rrhosa*, *tenuis*, *mucosa*, *œdematosa*, cette forme de la pharyngite débute plus quemment que l'autre par un léger mouvement fébrile. La couleur rouge des ties est peu intense; la luette est remarquablement gonflée et transparente : qu'Hippocrate avait particulièrement constaté (1). La sécrétion de mucus est able, la douleur peu intense, si ce n'est pendant la déglutition, et l'on voit assez quemment les ganglions sous-maxillaires se gonfler.

*Pharyngite rhumatique.* — Elle se distingue principalement de la précédente des douleurs plus intenses le soir; par leur irradiation au cou et aux épaules; la disparition de la fièvre initiale lorsque la lésion locale est établie; par la rour intense et semblable à la teinture de garance qui occupe l'isthme du gosier, ar l'absence d'un gonflement notable.

On voit qu'il n'y a, dans ces deux formes de la maladie, que des nuances très itives, et encore faut-il remarquer que J. Frank, qui a plus que tout autre sté sur cette distinction, a évidemment fait entrer, dans sa description, des gines tonsillaires dont nous avons renvoyé l'étude plus loin. Cette division est dée plutôt sur les idées qu'on s'est faites de la nature des causes de la maladie sur une appréciation rigoureuse des faits.

Nous avons dit plus haut que Billard avait décrit une pharyngite des nouveau-. La rougeur vive et persistante de la gorge, avec des signes plus ou moins rqués d'inquiétude et le refus de prendre des aliments, sont les seuls symptômes il indique comme caractérisant cette maladie, dont lui seul a vu des exemples.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Lorsque la pharyngite est très légère et bornée à une très petite étendue, elle paraît complétement dans l'espace d'un, deux ou trois jours. Dans le cas contre, et surtout lorsqu'il y a un léger mouvement fébrile, elle peut durer cinq,

(1) *Œuvres complètes*, trad. par E. Littré. Paris, 1851, t. VII, *Des maladies*, liv. II.

six et sept jours, et plus longtemps encore dans les cas rares où l'affection se termine par suppuration ; mais toujours elle a une marche rapide et uniforme.

La *terminaison* a presque constamment lieu, ainsi que nous l'avons dit plus haut, par résolution. Les cas où se manifestent la suppuration et la gangrène peuvent être regardés comme des exceptions très rares. On a dit que cette angine pouvait passer à l'*état chronique*, mais les exemples de ce fait ne se trouvent nulle part. On conçoit néanmoins qu'à la suite de légères inflammations très souvent répétées, l'isthme du gosier puisse devenir le siége d'une irritation chronique, comme nous verrons que cela a lieu pour les amygdales.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les recherches sur ce point sont très peu nombreuses. D'après ce que l'on observe pendant la vie, et d'après quelques autopsies de sujets qui ont succombé à d'autres affections, le gonflement, le ramollissement, l'état granulé, la rougeur plus ou moins intense de la muqueuse, un peu d'infiltration œdémateuse, et, dans des cas rares, les abcès du voile du palais et de ses piliers, constituent les seules lésions organiques de quelque importance.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la laryngite gutturale est très facile. L'inspection des parties permet, en effet, de constater l'inflammation de la muqueuse, qui rend compte de tous les symptômes. Dans les cas où la suppuration s'établit, un gonflement considérable, borné à une petite étendue, déformant le voile du palais, repoussant la luette du côté opposé ; une douleur vive et plus persistante que dans les cas ordinaires ; une très grande difficulté de la déglutition et de l'ouverture des mâchoires, servent de base au diagnostic. Il serait inutile, comme on le voit, de le présenter en tableau synoptique.

Le *pronostic* de cette affection est fort peu grave. Même dans les cas exceptionnels, où l'inflammation a pénétré profondément et a déterminé la suppuration, la guérison est constante.

[*Angine herpétique.* — Ici se place une pharyngite bien connue des médecins de tout temps, mais mieux décrite dans ces dernières années : nous voulons parler de cette maladie dont un des caractères est la production sur le voile du palais, les amygdales ou le pharynx, de vésico-pustules d'herpès bientôt remplacées par des fausses membranes peu étendues et qui n'ont pas de tendance à se propager. Cette affection simple, bénigne, et dont les manifestations généralisées, les symptômes, n'ont jamais pu inspirer au médecin praticien une crainte sérieuse, était devenue depuis les beaux travaux de M. Bretonneau sur la diphthérite un objet de doute et d'inquiétudes. Devait-on assimiler cette affection à la diphthérite. Était-il juste et prudent de conserver le nom d'*angine couenneuse commune*, et de voir un caractère commun à la terrible maladie connue sous le nom de croup, et à la maladie si simple et inoffensive que nous décrivons ? Cette confusion a été faite, et peut-être n'en faut-il accuser que la préoccupation qu'ont fait naître les travaux de M. Bretonneau sur les fausses membranes.

On a attaché une valeur telle, une importance si fâcheuse à la production des fausses membranes, quelles qu'elles fussent, que même celles de l'herpès, mal distinguées de celles du croup, firent confondre cette affection avec les angines malignes diphthéritiques. Si la confusion est due à la fausse membrane, il convient de ne plus faire de la fausse membrane un caractère de cette maladie, et de ne plus prononcer le nom d'angine couenneuse commune.

Le premier travail qui ait été fait dans ce sens et ait ouvert la voie à la critique, est un chapitre du livre de M. Rayer (1) sur l'herpès. M. Rayer y signale la possibilité de la propagation de l'herpès de la bouche au pharynx. M. Trousseau, dans ses *Leçons cliniques* (2), exposait depuis longtemps déjà ses idées à ce sujet, et montrait les différences qui existent entre l'angine maligne et l'angine bénigne, malgré la communauté d'un caractère anatomique qui semblait être, plus qu'il n'était réellement, identique, la fausse membrane, lorsque parut un mémoire sur l'*angine herpétique* ou l'*herpès du pharynx*, dans lequel M. Gubler (3) établissait nettement dans la place qu'elle doit occuper désormais la pharyngite bénigne avec herpès suivi de fausses membranes.

Dans ce mémoire, M. le docteur Gubler recherche la véritable nature de certaines angines gutturales s'accompagnant de production d'un exsudat plastique. Suivant M. Gubler, la maladie désignée sous le nom d'*angine couenneuse commune* n'est autre chose qu'une éruption herpétique envahissant la bouche, la gorge, les amygdales, et qui ne diffère que par son siége de l'éruption connue sous le nom vulgaire de *boutons de fièvre*, et qu'on observe fréquemment aux lèvres. Si quelques différences dans l'étendue et l'apparence de l'éruption sont remarquées lorsqu'elle siége à la gorge, cela est dû à la différence même des tissus qui réagissent autrement. Il ne se forme pas de croûtes, il y a un exsudat plastique large et des ulcérations. Suivant M. Gubler, bien que la pellicule couenneuse formée par l'herpès ne diffère aucunement, vue au microscope, de la fausse membrane du croup, l'herpès guttural n'est pas une affection maligne. Ainsi, que l'herpès pharyngé existe, et que souvent ces pharyngites bénignes, de courte durée, ne soient autre chose que la manifestation locale et pour ainsi dire critique d'une fièvre éphémère, c'est un fait important à connaître. A coup sûr, la médecine a beaucoup à gagner à la détermination exacte d'un pareil état morbide, et au point de vue nosographique, et au point de vue de l'exercice de la profession; nul doute que le diagnostic d'une semblable affection étant bien fait, on évite tout traitement excessif, et surtout les cautérisations et les topiques dirigés contre l'ulcération ou la fausse membrane. Ce que l'on ne ferait pas si l'herpès siégeait à l'orifice buccal, il convient également de ne le pas faire lorsque l'herpès siége au voile du palais, à la luette ou sur les amygdales; les émollients et de légers styptiques conviendraient mieux que des cautérisations énergiques. Aussi importe-t-il absolument de bien décrire cette lésion. En général, le pharynx est rouge, la luette, le voile du palais, sont légèrement gonflés et douloureux, et la déglutition est difficile; il existe un léger état fébrile quelquefois précédé de frisson, mais il n'y a jamais ni état fébrile grave, ni abattement, ni dyspnée forte. Si l'on s'en tenait aux symptômes

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. Ier, p. 340.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1855.
(3) Gubler, *Mémoire sur l'herpès guttural*, Paris, 1858 (*Société médicale des hôpitaux*).

généraux, cette angine ne pourrait être confondue avec l'angine couenneuse. Les points affectés sont très distants, et la fausse membrane est irrégulièrement disposée, d'un blanc jaunâtre, peu épaisse ; elle ne s'étend pas en nappe sur toute une région. Le siége de ces pustules est plutôt au voile du palais ou dans le pharynx que sur les amygdales ; ce qui est le contraire de la diphthérite, qui se montre volontiers sous forme de larges et épaisses plaques blanches sur les amygdales.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels nous citerons principalement M. Laboulbène, ont récemment publié des observations intéressantes sur ce sujet. Cette question a été traitée avec soin par un jeune médecin, M. le docteur Feron (1), au travail duquel nous empruntons la description suivante :

« L'angine herpétique survient soit dans le cours d'une autre maladie, soit au milieu d'une bonne santé. Les prodromes sont : de la courbature avec fièvre, ou de l'embarras gastrique. Les premiers symptômes de la maladie sont de la dysphagie avec sensation de cuisson, et l'on constate, au début, de la rougeur et du gonflement des amygdales, de la luette et de tout le pharynx.

» Au bout d'un temps qui peut varier de quelques heures à deux ou trois jours, on voit apparaître une éruption, plus ou moins confluente et successive, de vésicules herpétiques, *éruption qui ne suffit presque jamais à expliquer l'intensité des phénomènes généraux qui l'ont précédée.*

» A ces vésicules, dit M. Féron, succèdent bientôt des ulcérations superficielles, caractéristiques, ou bien des fausses membranes d'un blanc grisâtre, peu adhérentes.

» Le gonflement des amygdales et de la luette peut provoquer un peu de dyspnée et quelques nausées ; il y a toujours une douleur vive de la déglutition, très souvent du ptyalisme ; parfois les ganglions sous-maxillaires sont douloureux, rarement ils sont gonflés. »

Après une durée moyenne de huit à dix jours, durée proportionnée à celle de l'éruption, tout ce cortége d'accidents se dissipe, les fausses membranes sont expulsées, les ulcérations se cicatrisent, la douleur disparaît, et bientôt la guérison est complète.]

## § VII. — Traitement.

Le peu de gravité de la maladie fait que l'on s'est peu préoccupé de son traitement. En parcourant, en effet, ce qui a été dit à ce sujet, on voit que les recommandations des auteurs s'appliquent tout aussi bien à l'amygdalite, dont il sera question plus tard, qu'à l'affection qui nous occupe.

Ainsi, la *saignée générale*, déjà indiquée par Celse (2), et les sangsues appliquées au cou, sont indifféremment prescrites dans les deux espèces. Il serait donc inutile d'insister ici sur ce point, que nous aurons à étudier plus tard.

On emploie ordinairement les gargarismes adoucissants, émollients, rendus quelquefois astringents par l'addition du *sirop de mûres*, d'*infusion de ronces communes*, de *roses rouges*, d'*écorce de chêne*, de *ratanhia*, etc., ou, comme le conseille J. Frank, d'une petite quantité de *vinaigre*, ou bien encore d'un acide

(1) *De l'angine herpétique*, thèse. Paris, 1858.
(2) *De re medica*, lib. IV, chap. VI.

concentré, comme l'*acide sulfurique*. Quelques auteurs ont encore recommandé le *sel marin*, et l'*acétate de plomb ;* et Pringle ajoutait à la *décoction de figues* dans un mélange de lait et d'eau, quelques *gouttes d'ammoniaque*. Les mêmes substances ont été également prescrites en boisson.

*Alun.* — Dans ces derniers temps, on a fait usage de topiques plus puissants, et en particulier de l'*alun*, qui cependant n'est pas un médicament nouveau dans le traitement de l'angine. Zobelius l'administrait mélangé à d'autres substances, et il en résultait un sel auquel on a donné le nom de *sal pharyngeum*. Voici quelle est sa composition :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Crème de tartre..... | ãã 2 parties. | Alun.................. | 1 partie. |
| Sel de nitre........ | | | |

Faites dissoudre dans le vinaigre.

Mais, dans ces derniers temps, c'est l'*alun en poudre* que l'on a surtout prescrit. M. Velpeau, qui a principalement insisté sur ce moyen, l'a appliqué non-seulement à l'angine qui nous occupe, mais aux angines plus profondes et plus graves. On peut faire usage de la poudre d'alun, soit en *insufflations* (1), soit simplement en *frictions*, à l'aide du doigt. Pour pratiquer ces dernières, il suffit de mouiller l'indicateur, de le plonger dans la poudre d'alun, qui s'y attache, et de le porter rapidement sur toutes les parties de la gorge que l'on peut atteindre.

Dans les cas d'angine peu graves, comme sont ceux dont il est ici question, l'*alun*, suivant M. Velpeau (2), arrête les symptômes comme par enchantement, pourvu qu'il soit mis en usage à une époque rapprochée du début. M. A. Laennec (de Nantes) a également employé ce remède, et, dit-il, avec succès. Malheureusement nous ne connaissons pas les détails des faits dans lesquels ce traitement a été mis en usage.

Les *vomitifs*, que nous retrouvons dans le traitement des autres espèces d'angine, ont été prescrits assez souvent dans la pharyngite dite catarrhale, et surtout dans certaines épidémies dans lesquelles on a pensé que la maladie avait le caractère des affections bilieuses. Mais en examinant les relations des auteurs, on voit qu'ils n'ont tenu absolument aucun compte de leurs divisions, et qu'ils ont appliqué le remède indifféremment à toutes les espèces de pharyngites aiguës qu'ils ont admises. Il en résulte une grande difficulté pour l'appréciation des effets des vomitifs dans le traitement des diverses angines ; mais c'est une question sur laquelle nous reviendrons à l'occasion de la *pharyngite tonsillaire*.

Suivant M. Roche (3), l'emploi des vomitifs n'aurait d'autres avantages, dans l'espèce dont il s'agit, que de produire une excitation particulière dans les parties gonflées, qui par leur gonflement seul déterminent les nausées, l'expuition fréquente, le goût désagréable et l'état limoneux de la langue.

Il est évident que tout ce qu'ont écrit les auteurs à ce sujet ne saurait absolument nous être d'aucune utilité ; car il faudrait, pour pouvoir préciser l'efficacité

(1) Voy. pour l'*instrument* et la *manière d'insuffler*, le tome II, art. CROUP.
(2) *Mémoire présenté à l'Académie royale des sciences*, le 16 mars 1835.
(3) *Nouveaux éléments de pathologie méd.-chir.* Paris, 1844, t. I, p. 437.

des vomitifs en pareil cas, qu'on rassemblât un assez grand nombre de faits dans lesquels on tiendrait compte de la gravité de la maladie, de sa marche, de sa durée habituelle, et des effets immédiats des médicaments ; or c'est ce qui n'a pas été fait.

Les *purgatifs* ne sont guère usités dans cette affection. On se contente de tenir le ventre libre à l'aide de lavements émollients ou légèrement laxatifs.

Les principaux moyens qui viennent d'être indiqués ne sont guère mis en usage que dans les cas où la maladie offre une certaine intensité, et lorsqu'il y a une réaction fébrile. Dans les autres, qui sont les plus communs, on se borne à prescrire les *boissons émollientes*, tels que l'infusion de mauve, de bouillon-blanc, une légère décoction de racine de guimauve; quelques gargarismes adoucissants ou acidulés; des cataplasmes émollients à un degré modéré de chaleur, appliqués autour du cou; quelques lavements rafraîchissants ou légèrement laxatifs, et enfin les pédiluves excitants, avec la farine de moutarde, le sel et l'*acide hydrochlorique*, joints à un régime assez sévère, à l'éloignement de toutes les causes qui peuvent rendre la maladie plus intense, telles que l'exposition au froid, et surtout au froid humide.

*Résumé, ordonnance.* — Dans tout ce qui précède, on a vu que la plupart des traitements employés n'ont pas été appliqués à des cas bien déterminés. Il en est résulté nécessairement une confusion que l'observation seule pourra faire disparaître. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que presque toujours des moyens fort simples suffisent pour dissiper cette pharyngite légère. Quant aux cas un peu sérieux, une seule ordonnance montrera quelle est la conduite que doit tenir le médecin.

**Ire Ordonnance.**

DANS UN CAS DE PHARYNGITE GUTTURALE AVEC RÉACTION FÉBRILE.

1° Pour boisson, infusion de violette édulcorée avec le sirop de mûres.

2° Gargarismes émollients ou légèrement acidulés.

3° Frictions sur les parties enflammées avec la poudre d'alun.

4° Pédiluves sinapisés ou aiguisés avec l'acide hydrochlorique.

5° Entretenir la liberté du ventre à l'aide de lavements émollients auxquels on peut joindre 30 ou 40 grammes de miel de mercuriale.

6° Dans les cas les plus intenses, une saignée générale de 300 grammes, de préférence à une application de sangsues à la base de la mâchoire, que l'on réservera pour les enfants.

7° Régime assez sévère; éviter le froid et l'humidité.

## DEUXIÈME ESPÈCE : *Pharyngite tonsillaire* (*amygdalite*).

Cette affection, une des plus fréquentes du cadre nosologique, a été beaucoup mieux étudiée que l'espèce précédente. C'est à elle qu'on doit rapporter la plupart des descriptions d'*angine franche aiguë* consignées dans les auteurs. Quoique les médecins modernes en aient tracé l'histoire sous le nom d'*amygdalite*, il ne faut pas croire néanmoins qu'elle reste, dans la plupart des cas, bornée aux amygdales. Presque toujours, en effet, les piliers du voile du palais participent à l'inflammation,

t souvent le voile et le palais lui-même. Il en résulte qu'on ne doit pas attacher ne importance trop grande aux divisions précédemment indiquées, et qu'il ne faut es regarder comme nécessaires que dans un nombre limité de cas.

Les auteurs ont admis plusieurs espèces de pharyngite tonsillaire, suivant les cir-nstances dans lesquelles se produit la maladie. C'est à elle qu'on peut rapporter es variétés décrites sous les noms d'*angine gastrique*, *bilieuse*, *sanguine*, *franche* t *légitime;* ou bien d'*angine complicante*, comme celle qui se produit dans le ours de certaines affections, la *scarlatine* et la *rougeole*, par exemple ; ou encore l'*angine suppuratoire* et *suffocante*, dénominations qui lui ont été imposées à cause le sa terminaison ou du gonflement énorme des parties ; ou même enfin un assez rand nombre de cas d'*angine catarrhale :* car il ne faut pas croire que lors même ue la maladie se produit sous l'influence d'une constitution atmosphérique parti-ulière, elle reste toujours bornée à la muqueuse qui tapisse le pharynx. Aujour-l'hui, c'est d'après le siége principal de la maladie qu'on a établi cette espèce.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *pharyngite tonsillaire* est une inflammation du pharynx, dont le caractère plus remarquable est le gonflement quelquefois très considérable des amygdales.

Cette affection a été décrite sous les noms de *cynanche tonsillaris*, *angina cum nore*, *angina tonsillarum*, *angina synochalis*, *sanguinea*, *vera et legitima*. Les nglais lui donnent les noms de *quinsy* et *tonsillitis;* les Allemands, celui de *ehlsuch ;* sous le nom de *garrotillo*, les Espagnols ont désigné cette inflammation uand elle produit une suffocation effrayante. Nous avons vu que Pinel la décrivait ous celui d'*angine gutturale*, et que les médecins français modernes lui donnent elui d'*amygdalite*.

La grande *fréquence* de cette affection ressort de l'observation annuelle d'un très rand nombre de cas. Chaque année, soit au printemps, soit, dans une moins grande roportion, au commencement de l'automne, on la voit attaquer un nombre consi-dérable de sujets, comme nous avons déjà vu le *coryza* et la *bronchite* se manifester peu près aux mêmes époques.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Comme la plupart des inflammations des muqueuses qui attaquent un très grand ombre de sujets à certaines époques de l'année, la pharyngite tonsillaire demande évidemment, pour se produire, une *prédisposition* beaucoup moins grande que les utres inflammations. Cette prédisposition paraît être bien plutôt l'effet des circon-stances atmosphériques qui agissent pendant un temps plus ou moins long sur toute ne population, que le résultat des conditions particulières dans lesquelles se trou-vent les individus.

Tous les *âges* sont sujets à cette affection. Nous avons vu plus haut ce qui a été lit par Billard à l'occasion de la pharyngite des nouveau-nés. J. Frank cite des exemples d'angine chez les enfants et chez les vieillards, et il n'est pas de médecins qui n'aient eu occasion d'en observer. Cependant on peut dire que les adultes y

sont plus particulièrement exposés. Chez les enfants, d'après MM. Barthez et Rilliet, la pharyngite occuperait presque toujours toutes les parties du pharynx, dans lesquelles nous avons établi le siége de ces diverses espèces. Il n'y aurait guère chez eux que l'*angina composita* de Borsieri.

Ce que nous venons de dire relativement aux âges est confirmé par les observations prises par M. Louis, à l'hôpital de la Charité. Cet observateur, ayant recueilli 41 cas d'angine, a vu que trois sujets seulement avaient dépassé l'âge de quarante ans, et que chez les autres l'âge moyen était de vingt-cinq ans et demi.

[Si l'on voulait connaître exactement l'influence de l'âge sur la production de cette maladie, il faudrait emprunter les renseignements statistiques à la fois aux hôpitaux d'adultes et à ceux qui sont destinés à l'enfance. Nous ne pouvons donner ici une semblable statistique, parce que nul auteur, jusqu'ici, ne s'est occupé de cette étude comparative. Néanmoins c'est un fait vulgaire et admis par presque tous les médecins, que les jeunes sujets sont très fréquemment atteints d'amygdalite. La pharyngite tonsillaire est une maladie très commune dans les pensionnats et les colléges.]

Quant au *sexe*, c'était une opinion généralement répandue que la pharyngite tonsillaire attaque plus particulièrement les hommes, lorsque les observations de MM. Louis et Rufz sont venues prouver qu'il n'en est pas ainsi. Le premier de ces auteurs, sur trente sujets observés par lui dans une division où se trouvait un même nombre de lits pour les hommes et pour les femmes, n'a compté que dix hommes.

On pense généralement que le *tempérament sanguin* et une *constitution vigoureuse* prédisposent à la pharyngite tonsillaire, mais rien n'est moins prouvé. Sydenham a avancé une singulière proposition, quand il a dit que les *hommes roux* y étaient plus sujets que les autres. J. Frank a expliqué cette singularité en disant que la couleur rousse du système pileux est plus fréquente chez les Anglais qu'ailleurs.

Telles sont les principales causes prédisposantes relatives aux sujets; mais il faut y ajouter une *prédisposition particulière* et inexplicable, qui se révèle à nous par des faits évidents. On voit, en effet, un certain nombre d'individus qui ont une tendance marquée à contracter la pharyngite tonsillaire. Ils en sont affectés une, deux et trois fois par an. Assez souvent cette tendance se conserve pendant un assez grand nombre d'années, mais elle finit généralement par disparaître à un âge un peu avancé. Elle commence ordinairement à l'époque de la puberté, mais il n'est pas rare de l'observer chez les enfants de cinq à dix ans. Ces *récidives* ont été constatées par tous les auteurs, et M. Louis, en particulier, a noté que presque tous les sujets observés par lui avaient déjà eu une ou plusieurs atteintes du mal.

Ce que nous avons dit plus haut prouve que l'*influence des saisons* est fort grande. C'est au commencement du printemps, lorsque la saison est pluvieuse et qu'il y a de brusques variations de température, qu'on observe le plus grand nombre des cas de cette maladie, qui se montre d'ailleurs avec une intensité très variable. C'est alors qu'elle prend le caractère *épidémique*, comme on le voit dans les diverses relations qui nous ont été données par les auteurs (1).

(1) Ozanam, *Histoire médicale des épidémies*. Lyon, 1835, 4 vol. in-8.

Quant à l'influence des *poussières irritantes* dont se trouve chargée l'atmosphère, c'est une cause dont la puissance est beaucoup moins bien démontrée. A ce sujet aucune recherche exacte n'a été entreprise. C'est là en effet une question de proportion, et par conséquent il faudrait démontrer qu'à des époques déterminées les individus qui vivent dans ces atmosphères sont atteints en plus grand nombre que les autres; or c'est ce que personne n'a songé à faire.

2° Causes occasionnelles.

Les principales causes occasionnelles se retrouvent dans l'*impression du froid* et de l'*humidité*, soit que l'action de cette cause ait été rapide et ait déterminé un arrêt de la transpiration, soit qu'elle ait agi lentement, comme quand on est resté longtemps exposé à un *courant d'air*, ou qu'on a séjourné dans un *lieu froid et humide*. On a dit que l'exposition au froid, le *cou étant découvert*, ou encore un *refroidissement considérable des pieds*, étaient une des causes efficientes les plus puissantes; mais toutes ces questions ont été traitées très superficiellement. Enfin l'*ingestion de liquides glacés* a été mise également en première ligne.

Viennent ensuite des causes nombreuses, admises plutôt sur la foi des auteurs que démontrées par l'observation : ainsi la *suppression des règles* (Aétius) et des *hémorrhoïdes*; l'*omission d'une saignée habituelle* (F. Hoffmann); l'*équitation* ou une *course contre le vent*; les *grands efforts de la voix*; les diverses *excitations portées* sur l'arrière-gorge, l'action des *gaz irritants*, par exemple; mais il faut répéter ici ce que j'ai dit plus haut, c'est que ces excitations se font plus violemment sentir encore sur le larynx et la trachée. Il faudrait des études beaucoup plus profondes pour savoir quelle est l'action réelle de ces diverses causes.

Suivant Lanzoni (1), la pharyngite tonsillaire se serait produite, dans un cas, par suite de la *suppression du mucus nasal*. Nous ne citons ce fait que pour montrer combien l'observation superficielle peut induire en erreur; car il est évident que, dans ce cas, il y a eu tout simplement extension de l'inflammation des fosses nasales au pharynx.

Cette observation me conduit naturellement à signaler la facilité avec laquelle l'inflammation des fosses nasales se propage au pharynx, et produit ainsi la pharyngite; mais presque toujours alors l'affection du pharynx est légère; l'inflammation ne fait pour ainsi dire que traverser cette cavité, pour se porter dans les parties plus profondes des voies respiratoires.

Rien ne prouve, dans les observations qui ont été recueillies, qu'une amygdale soit plus sujette que l'autre à l'inflammation. Il résulte des recherches faites à ce sujet, que, contrairement à l'opinion de Bosquillon, presque toujours la pharyngite attaque les deux tonsilles. Nous reviendrons sur ce point à l'occasion de la marche de la maladie.

## § III. — Symptômes.

*Début.* — La pharyngite tonsillaire débute plus souvent que les espèces précédentes par un mouvement fébrile. C'est un fait qui a été signalé par les principaux

(1) *Miscell. nat. cur.*, cent. I, obs. LXI, p. 134.

observateurs, et qu'on a vainement cherché à démentir, à l'époque où régna l'école de Broussais. Ce début est tellement remarquable, que Stoll a défini l'angine inflammatoire : Une *fièvre générale, avec inflammation locale des tonsilles.* Lors que la maladie débute de cette manière, les malades éprouvent un ou plusieurs frissons, ordinairement légers, alternant avec la chaleur, qui finit bientôt par prédominer. Il y a en même temps de l'inappétence et quelquefois des nausées plus ou moins répétées. Bientôt la céphalalgie se déclare; la tête est pesante, la face est colorée; les malades éprouvent des douleurs vagues dans les membres, et les symptômes de la pharyngite tonsillaire apparaissent.

Mais dans un nombre beaucoup plus considérable de cas, suivant les recherches de M. Louis, le mal débute par les symptômes locaux, et alors la gêne de la déglutition, le sentiment d'un corps étranger dans le pharynx, sont les premiers signes de la maladie. Il en résulte que la proposition de Stoll, bien qu'exacte pour un certain nombre de cas, ne doit pas être regardée comme l'expression générale des faits.

*Symptômes.* — Lorsque la maladie est déclarée, on observe du côté du pharynx les symptômes suivants :

La *douleur* est plus ou moins considérable; elle le devient toujours à un très haut degré dans l'acte de la *déglutition*, qui est fréquemment provoqué par la *sensation d'un corps étranger* que détermine le gonflement des amygdales, et par la sécheresse des parois de la bouche, suivie, au bout d'un temps variable, d'une sécrétion muqueuse, surabondante dans les parties enflammées. Cette douleur peut être également exaspérée par une pression excercée sous la base de la mâchoire en devant du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, c'est-à-dire au point où correspond la face externe de l'amygdale; quelquefois même il suffit d'une légère pression pour déterminer une douleur vive. Les liquides trop chauds provoquent également la douleur, et il en est quelquefois de même du passage de l'air froid sur les parties enflammées.

Nous venons de voir que la déglutition détermine une douleur ordinairement considérable. Il en résulte une *gêne* notable dans cet acte, surtout lorsque le malade veut boire; et cependant un mouvement presque involontaire le porte à avaler fréquemment la salive et les mucosités qui abondent dans le pharynx. Une autre cause de la difficulté de la déglutition est le gonflement même des amygdales. Lorsqu'il est très considérable, et que ces glandes arrivent presque au contact par leur face interne, les malades éprouvent une difficulté si grande à avaler, que les liquides peuvent être *rejetés par les fosses nasales.* C'est alors qu'ils font, dans l'acte de la déglutition, des mouvements particuliers, des contorsions plus ou moins pénibles, qui peuvent aller jusqu'aux convulsions, suivant quelques auteurs.

Nous avons dit plus haut que dans les premiers moments il y avait une *sécheresse* marquée de la gorge. C'est là un effet commun à toutes les inflammations commençantes des parois muqueuses; mais, au bout d'un temps variable, la *sécrétion du mucus est augmentée*, et alors les malades redoublent leurs efforts de déglutition, ou bien cherchent à détacher continuellement les mucosités de l'arrière-gorge, qu'ils rejettent sous forme d'un *liquide filant*, opalin, blanchâtre, non aéré et contenant quelquefois de petites *concrétions blanches*, dont nous trouverons la source dans la sécrétion morbide des follicules des amygdales.

Dans un grand nombre de cas, la *voix* est notablement altérée. Elle est sourde, nasonnée, enrouée, quelquefois presque éteinte ; ces phénomènes sont en rapport direct avec le gonflement plus ou moins considérable des tonsilles.

Lorsque ce *gonflement* est énorme, il peut par lui-même apporter un obstacle à la *respiration* ; mais, dans le plus grand nombre des cas, cette fonction est médiocrement gênée, et ne l'est que par suite de l'extension de l'inflammation à la partie supérieure du larynx.

Un autre phénomène qui se montre assez fréquemment est la *surdité*, soit d'un seul côté, soit des deux. On explique son existence par la propagation de l'inflammation à la trompe d'Eustache, et aux parties qui environnent la branche de la mâchoire inférieure.

L'*examen du pharynx* est un des points les plus importants de l'étude de la pharyngite tonsillaire. On voit, en effet, d'abord les piliers du voile du palais, qui participent plus ou moins à l'inflammation, repoussés en avant et en arrière, et suivant qu'on examine le sujet à une époque plus ou moins avancée de la maladie (dans le plus grand nombre des cas du moins), l'une des deux amygdales, ou les deux à la fois, se présentant sous la forme d'une *tumeur* saillante, arrondie, débordant les piliers, et parfois se rapprochant au point de se toucher ou de ne laisser entre elles qu'un intervalle d'un centimètre.

Ces tumeurs, qui ont perdu la forme d'une amande propre aux amygdales, ne présentent pas ordinairement une surface parfaitement unie. On y aperçoit des *lacunes* plus ou moins agrandies, dans lesquelles il est ordinaire de voir se former des *concrétions blanches*, d'aspect caséeux ou *crayeux*, que l'on peut facilement détacher. Ces concrétions ont été prises par plusieurs auteurs, et notamment par os. Frank (*loc. cit.*), pour des pustules qui se seraient développées dans la muqueuse pharyngienne ; mais aujourd'hui tout le monde sait qu'elles résultent uniquement de l'inflammation des lacunes folliculeuses et de la sécrétion altérée et surabondante de la matière qu'elles produisent.

Si l'inflammation est portée à un degré assez élevé, la muqueuse qui tapisse le pharynx est, hors des limites des amygdales et dans une plus ou moins grande étendue, atteinte par l'inflammation. On le reconnaît à la *rougeur vive* qui occupe les parties environnantes, aux lésions décrites dans l'espèce précédente, à la sécrétion surabondante de mucosités de la paroi postérieure du pharynx, mucosités qui s'étendent en nappe sur cette paroi, et à la douleur éprouvée par le malade dans ces diverses parties : ce sont là des exemples de l'*angine composée* de Borsieri, dont il a été déjà plusieurs fois question.

Nous ne faisons point mention ici des autres concrétions membraneuses que l'on a signalées comme se produisant à la surface de la muqueuse, parce que, quelque légères qu'elles soient, elles n'en appartiennent pas moins à une autre forme dont nous aurons longuement à nous occuper dans la suite de cet article, c'est-à-dire à la pharyngite pseudo-membraneuse ; mais il faut signaler une disposition particulière des matières excrétées, qu'il est important de connaître, parce qu'elle pourrait induire en erreur sur la nature de la maladie. C'est une *couche muco-purulente* qui a été indiquée avec soin par MM. Barthez et Rilliet, et qui a de l'importance, surtout chez les enfants, puisque c'est chez eux, comme on le verra plus tard, que se développent plus particulièrement l'angine pultacée et l'angine pseudo-membra-

neuse. Il est facile d'enlever cette couche puriforme, et alors on voit les parties sous-jacentes avec les caractères précédemment indiqués.

Tel est l'aspect des organes atteints par l'inflammation ; il y a toutefois quelques exceptions remarquables : c'est ainsi, par exemple, que les auteurs que nous venons de citer (1) mentionnent un cas dans lequel toutes les parties de la gorge accessibles à la vue, quoique considérablement tuméfiées, avaient une pâleur remarquable.

De la disposition des parties, telles qu'elles viennent d'être décrites, il résulte que la luette se trouve quelquefois comme resserrée entre les amygdales tuméfiées, et qu'on l'a vue même cachée par elles. Alors il y a une obstruction complète de l'isthme du gosier, et la vue ne peut pénétrer au delà de la surface des amygdales.

L'exploration faite à l'extérieur, au-dessous de l'angle de la mâchoire, peut encore être utile. Ainsi, en l'absence de tout gonflement des ganglions maxillaires, on peut, par la palpation, sentir une *dureté profonde*, indice du gonflement des amygdales. Lorsque le gonflement est très notable et appréciable à la vue, il y a *propagation de l'inflammation aux ganglions lymphatiques* et au tissu cellulaire environnant. Le gonflement externe peut, en pareil cas, être assez considérable pour déterminer la déformation du cou. C'est probablement dans des cas semblables que les anciens avaient admis l'existence de la *parasynanche*. Alors on éprouve une grande difficulté à faire ouvrir la bouche et à explorer le pharynx. La déglutition est également plus embarrassée.

[L'angoisse des malades est quelquefois portée au plus haut degré, principalement lorsque la disposition vicieuse des fosses nasales ne permet que difficilement la respiration par cette voie. L'aspect des personnes atteintes de pharyngite tonsillaire aiguë a quelque chose de caractéristique. Ces malades se tiennent le plus souvent assis, ayant la bouche ouverte, et crachant constamment et avec peine un mucus épais et filant. Les efforts de déglutition sont si pénibles, qu'il en résulte un jeu de physionomie, une contorsion qui n'appartiennent qu'à cette maladie.]

*Abcès des amygdales.* — Tels sont les signes que l'on observe dans les cas les plus ordinaires ; mais lorsque la maladie se termine par *suppuration*, qu'il existe une angine suppuratoire, nom que Boerhaave a appliqué à plusieurs maladies différentes, on trouve un gonflement très considérable beaucoup plus marqué d'un côté, car il est très rare que la suppuration envahisse les deux amygdales. La voix est bien plus désagréable ; elle a un nasonnement tout particulier ; les douleurs sont plus vives. C'est dans des cas semblables qu'on a vu principalement apparaître des menaces de *suffocation* fort alarmantes, effet produit par l'énorme gonflement des amygdales, lesquelles compriment l'épiglotte. Assez souvent les malades sentent une espèce de battement dans la tumeur, et les ganglions sous-maxillaires sont presque constamment engorgés. On peut voir quelquefois, à la surface de l'amygdale, un point plus saillant qui annonce que la perforation de l'abcès va se faire, et au niveau duquel la rupture de l'abcès a lieu. Il y a alors une expuition plus abondante, souvent très fétide et d'un goût très désagréable, puis un soulagement des plus marqués se manifeste, et la suffocation se dissipe immédiatement. Ce sont les cas de cette espèce qu'on a désignés sous le nom d'*abcès des amygdales*.

(1) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*. Paris, 1853, t. Ier.

[ Le véritable siége des abcès est autour des amygdales, dans le tissu cellulaire. Ces abcès se rencontrent souvent entre les deux feuillets du voile du palais, qu'ils décollent. On conçoit combien l'angoisse est accrue par la présence de ces tumeurs, qui obturent presque complétement l'arrière-bouche. Il n'est pas très rare de voir un abcès d'un côté être suivi d'un abcès de l'autre côté. Le plus souvent ces abcès s'ouvrent d'eux-mêmes, dans la bouche, au bout de trois ou quatre jours ; il est souvent utile de les ouvrir avec le bistouri, pour abréger les souffrances du malade. On a vu quelquefois des abcès profonds tendre à se faire jour au-dessous de la mâchoire inférieure : ces cas sont rares. ]

Nous ne parlons point ici des divers symptômes qui annoncent la gangrène, parce qu'il en sera question dans un article spécial consacré à la pharyngite gangréneuse.

Pendant que ces symptômes locaux se développent ainsi, les *symptômes généraux* persistent ou font des progrès dans les cas graves. La face est colorée, la céphalalgie continue, mais à un moindre degré qu'au début ; il y a souvent de l'insomnie, de l'agitation la nuit, agitation que la difficulté de la respiration vient encore augmenter. Lorsque le gonflement est très considérable, les malades se plaignent d'un goût désagréable, la bouche est pâteuse, l'haleine plus ou moins fétide ; il y a de la soif, de l'inappétence ; le plus ordinairement on n'observe aucun symptôme notable du côté du ventre, si ce n'est parfois une constipation plus ou moins difficile à vaincre. L'urine est rare, rouge, épaisse.

Il faut le répéter encore, parce que généralement on a donné trop d'importance aux symptômes généraux, dans un bon nombre de cas ils manquent ou sont très légers. C'est surtout lorsque la pharyngite détermine la suppuration des amygdales, qu'ils sont portés au plus haut degré.

*Formes de la pharyngite tonsillaire.* — Nous avons vu plus haut que plusieurs auteurs avaient admis des formes particulières de pharyngite tonsillaire. Nous trouvons d'abord parmi ces formes l'*angine gastrique*, caractérisée, suivant ces auteurs, par un dégoût marqué pour les aliments, le goût désagréable de la bouche, l'enduit limoneux de la langue, les nausées et les vomissements, des *aphthes* dans l'intérieur de la bouche ; par la rougeur universelle du pharynx et une douleur plus grande que dans les autres angines. Il est facile de voir que cette description, telle que l'ont tracée Tissot, Lentin et plusieurs autres, n'a d'autre base que la plus grande intensité de quelques-uns des symptômes propres à la pharyngite tonsillaire. Or, si l'on voulait établir ainsi des formes diverses sur de simples nuances, il faudrait agir de la même manière pour toutes les maladies, et multiplier à l'infini les espèces.

L'*angine bilieuse* de Stoll se rapproche beaucoup de celle que je viens de décrire ; la couleur jaune des lèvres, les vomituritions en sont les principaux caractères. Mais les réflexions précédentes s'appliquent à cette forme, sur laquelle je reviendrai quand il s'agira du traitement.

Quant à l'*angine arthritique* admise par Sauvages (1), par Musgrave (2), et Peterson (3), voici, d'après Joseph Frank, qui a analysé ces auteurs, quels sont

(1) *Nosologia methodica* Paris, 1771, ordre III, classe III.
(2) *De arthritide anomali*. Amstelodami, 1710.
(3) *Dissertatio de angina arthritica*. Upsal, 1793.

ses caractères : Elle survient aux époques où les attaques de goutte ou bien rhumatisme articulaire ont l'habitude de se montrer. Elle se termine souvent une vaste suppuration. Après avoir parcouru ses périodes dans une amygdale, attaque l'autre. Elle remplace les attaques de goutte au point d'en débarrasser dant un temps plus ou moins long les sujets ; et, suivant Schenck, il se forme quelques cas, à l'intérieur des tonsilles, des calculs semblables aux concré tophacées des articulations.

On voit qu'il serait très important que de nouvelles recherches fussent en prises sur ce sujet ; car rien ne prouve que les auteurs n'aient point été indui erreur par de simples coïncidences ; et, quant aux prétendus calculs trouvés Schenck, tout le monde sait que des concrétions semblables se sont montrées des cas d'angine fort ordinaires.

Enfin on a signalé une *angine intermittente* périodique. Barbette (1), Dumas Caron (3), et Puccinotti (4), auteurs cités par Jos. Frank, ont rapporté des dans lesquels l'angine a présenté dans sa marche des intermittences plus ou marquées ; mais il faut observer que ces intermittences n'ont pas été comp que cette angine s'est principalement montrée dans le cours d'une fièvre ap par ces auteurs *fièvre rémittente*, et qui pourrait être attribuée uniquem l'angine ; enfin que, dans les cas cités par Barbette, la prétendue intermittence uniquement avoir été l'effet immédiat de divers moyens de traitement assez é ques. L'existence de l'angine intermittente n'est donc pas parfaitement démon toutefois on ne doit pas la regarder comme impossible, et il faut appliquer à affection le précepte général que j'ai déjà eu occasion de mentionner, c'est-à-dire l'intermittence possible de la maladie doit toujours être présente à l'esprit du méde

[ M. Barthez, dans un récent mémoire (5), a montré qu'il existait des for principales de l'amygdalite aiguë simple, et que le même traitement ne devait leur être appliqué. Nous résumons en peu de mots ce travail.

*Amygdalite catarrhale.* — Elle est plus fréquente chez les enfants que chez adultes, et chez les femmes que chez les hommes. Elle se montre souvent alors règnent épidémiquement d'autres affections catarrhales, telles que la grippe, coryza, la laryngite, la bronchite. Elle est habituellement précédée de fièvre courbature et malaise, et surtout de frissons.

Les amygdales et le voile du palais deviennent plus rouges et se gonflent, ce gonflement est modéré et n'atteint jamais de grandes proportions. Il y a sé tion abondante de mucus. Les malades peuvent boire pendant presque tout temps de la maladie, et demandent souvent à manger.

La durée de la maladie paraît être de huit jours environ ; elle s'accompagne est suivie fréquemment d'une pharyngite diffuse, d'un coryza, d'une laryngite ; ne sont pas là, à proprement parler, des complications ; c'est la même mal étendant ses effets sur plusieurs organes.

Suivant M. Barthez, un autre caractère de l'amygdalite catarrhale, c'est un re tour fréquent chez la même personne, soit dans la même année, soit à des inte

(1) *Opera omnia*. Genevæ, 1688.
(2) *Journ. de méd. de Sédillot*, t. XIX, p. 422.
(3) *Ibid.*, t. XXXIII.
(4) *Storia delle febr. interm.* Roma, 1824.
(5) *Mémoire sur l'amygdalite aiguë* (*Gazette médicale*, Paris, 1856).

les plus éloignés, jusqu'à ce que, par les progrès de l'âge et par les modifications qu'il imprime à la constitution, cette prédisposition s'éteigne graduellement.

Cette amygdalite cède promptement à l'emploi de l'alun. Les lotions ou frictions de cette substance ne causent, en pareil cas, qu'une douleur modérée, et la solution de la maladie a lieu en deux, trois ou quatre jours. Les émissions sanguines sont plus nuisibles qu'utiles.

*Amygdalite inflammatoire.* — Cette maladie est rare dans l'enfance; elle atteint de préférence les jeunes gens et les adultes. Elle est peu fréquente et ne règne mais épidémiquement. Cette maladie s'accompagne d'une fièvre intense, continue, à redoublements. L'état local s'annonce par une sensation de sécheresse, avec gonflement considérable. Les amygdales se tuméfient au point de se toucher; elles sont lisses, et leurs anfractuosités ont disparu. La rougeur est vive, écarlate. Il y a peu de mucus sécrété. La douleur est vive et la déglutition devient impossible. Aussi les malades refusent-ils obstinément de boire.

Généralement la maladie n'a pas de tendance à se propager aux parties voisines. La résolution simple est le mode de terminaison le plus habituel, d'autres fois il y a formation d'un abcès dans l'amygdale; on a signalé, dans quelques cas rares, une mortification partielle de l'amygdale.

Dans l'amygdalite inflammatoire, il faut s'abstenir de gargarismes astringents; leur action est d'augmenter la douleur sans amener la résolution de la maladie. Au contraire, les émissions sanguines, locales ou générales, soulagent rapidement, et peut-être abrégent la durée du mal.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la pharyngite tonsillaire est ordinairement continue et rapide. Après avoir pris de l'accroissement pendant quelques jours, les symptômes vont ensuite en diminuant peu à peu. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous venons de dire de la pharyngite tonsillaire intermittente admise par quelques médecins.

La *durée* de cette affection varie nécessairement suivant son intensité. L'angine légère ou médiocrement intense disparaît en un septénaire au plus. Lorsque, avec des symptômes fébriles prononcés, il y a un gonflement très considérable de l'arrière-gorge, la maladie peut se prolonger un peu, mais elle ne dépasse pas le second septénaire. Il en est de même dans les cas où la suppuration de l'amygdale est produite. La maladie présente alors des symptômes plus violents, mais la durée n'est point augmentée, par la raison qu'aussitôt que l'abcès se rompt, la guérison se reproduit avec une très grande rapidité.

La *terminaison* a lieu par la résolution dans l'immense majorité des cas. Nous avons déjà indiqué la terminaison par suppuration; quant à la terminaison par gangrène, elle est fort rare dans la pharyngite vraiment inflammatoire; mais, comme nous l'avons déjà dit, c'est un point sur lequel nous reviendrons à l'occasion de la pharyngite gangréneuse.

### § V. — Lésions anatomiques.

La description précédente nous laisse très peu de chose à dire sur les lésions anatomiques. Il est au moins fort rare qu'on ait à faire l'autopsie d'un sujet mort

d'une pharyngite tonsillaire simple. Dans les cas où les individus ont succombé une autre affection, on peut trouver les amygdales gonflées, couvertes de muc ou d'un liquide puriforme; leur tissu est infiltré, la membrane qui les recouv est épaisse, ramollie, et leurs lacunes, très développées, sont pleines de concréti caséeuses.

Lorsque la suppuration a envahi les amygdales, on trouve des abcès anfract contenant souvent un liquide sanieux et fétide, et aux environs une inflamm plus ou moins étendue, qui, en se propageant jusqu'au larynx, peut déter l'œdème de la glotte. Celui-ci se présente avec ses caractères anatomiques naires.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la pharyngite tonsillaire est presque toujours très facile. L symptômes locaux et l'inspection de l'arrière-gorge ne peuvent, en effet, lai aucun doute dans l'esprit du médecin. Toutefois il est quelques cas qui méri d'être examinés particulièrement. Lorsque, par exemple, le malade ne peut ouvrir la bouche, par suite et du gonflement de l'arrière-gorge, et de celui des glions sous-maxillaires, il peut y avoir une suffocation inquiétante qui fait cr l'envahissement du larynx par une maladie particulière : le croup. Nous donné ce diagnostic différentiel dans le premier volume de cet ouvrage (voy. l art. *Croup*) ; il nous suffira donc de le reproduire dans le tableau synoptique.

Il est une autre question de diagnostic assez importante : A quoi reconna que la pharyngite est simple? comment la distingue-t-on des autres formes : ryngite pultacée, pseudo-membraneuse et gangréneuse ? Dans le plus grand bre des cas, ce diagnostic différentiel est d'une facilité telle, qu'il n'a pas b d'être discuté; mais nous avons vu que parfois il se formait à la surface de l' dale des points blancs qui pourraient faire croire à l'apparition d'une véri pseudo-membrane. Voici comment on évitera l'erreur. Ces points sont d'un mat; ils sont très circonscrits, ils font une saillie marquée à la surface de l' dale; ils ne s'étendent pas, d'un jour à l'autre, au delà de leur limite; si détache, ce qui n'offre pas une très grande difficulté, on voit au-dessous la folliculeuse où ils ont pris naissance. Dans les cas, au contraire, où il se form petits îlots de pseudo-membranes commençantes, on aperçoit des points trè saillants, grisâtres, demi-transparents, dont les bords semblent se continuer la membrane muqueuse, et qui s'étendent avec rapidité. Si l'on veut les détach on éprouve une grande difficulté, et, si l'on y parvient, la muqueuse sous-jac est saignante et n'offre point de lacunes folliculeuses.

Dans quelques cas, il se forme, ainsi que nous l'avons dit plus haut, à la s face de l'amygdale enflammée, une couche muco-purulente, qui peut égalem en imposer pour une pseudo-membrane; alors, comme l'ont fait remarq MM. Barthez et Rilliet, il suffit de détacher, à l'aide d'un pinceau, la couche liquide épais, pour voir qu'on a affaire à une simple angine inflammatoire. N ne parlerons point de la fétidité de l'haleine et d'autres symptômes concomitan parce qu'ils n'offrent pas de très grandes lumières pour le diagnostic.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

*Signes distinctifs de la pharyngite tonsillaire intense et du croup.*

| PHARYNGITE TONSILLAIRE. | CROUP. |
|---|---|
| ıtion *continue*. | *Accès* de suffocation. |
| asonnée, désagréable. | Voix sourde, *éteinte*. |
| ı point de *toux*. | *Toux* rauque, sèche. |
| *lales* énormément tuméfiées, inter- ɜ passage de l'air. | *Amygdales* souvent gonflées, couvertes d'une pseudo-membrane, mais laissant encore à l'air un libre passage. |

*gnes distinctifs des concrétions folliculeuses et de la pseudo-membrane commençante.*

| CONCRÉTIONS FOLLICULEUSES. | PSEUDO-MEMBRANE COMMENÇANTE. |
|---|---|
| ır d'un *blanc mat;* très circonscri- | *Points* gris *demi-transparents*, comme diffus. |
| bords *ne paraissant pas se confondre* ıembrane muqueuse. | Bords *semblant se confondre* avec la muqueuse environnante. |
| 'ont une *saillie marquée* à la surface gdale. | *Sans saillie* prononcée. |
| *ne s'étendent pas* d'un jour à l'autre. | D'un moment à l'autre *font des progrès* ordinairement rapides. |
| ı détache *sans beaucoup de difficulté.* | Se détachant *difficilement*. |
| ssous d'elles, *lacunes folliculeuses*. | Au-dessous, *pas de lacunes folliculeuses.* |

ffit d'avoir présenté en tableau ces deux diagnostics différentiels, les seuls qui ıe importance réelle pour le praticien.

*ıostic.* — Le pronostic de la pharyngite tonsillaire est, dans le plus grand des cas, favorable. On voit, en effet, la maladie se terminer naturellement ılution. Lorsque la suppuration a lieu, le cas est plus grave, car, ainsi que vons dit plus haut, il peut en résulter une laryngite œdémateuse (œdème ıtte). Les cas de ce genre sont heureusement rares, et, d'un autre côté, on ·e que, parmi eux, la plupart se terminent favorablement par la rupture de dans l'intérieur du pharynx. Enfin la terminaison par gangrène est fort mais c'est encore un point que nous devons nous réserver de traiter dans ırticles suivants.

ın admettait l'existence d'une *pharyngite arthritique*, on reconnaîtrait, auteurs qui en ont traité, que cette forme a, toutes choses égales d'ailne gravité un peu plus grande que les autres.

## § VII. — Traitement.

echerches faites sur le traitement de la pharyngite tonsillaire manquent, sur rt des points, de cette rigueur qui peut seule faire faire des progrès à la ıtique. Le nombre des moyens proposés est considérable, mais leur valeur s exactement déterminée ; aussi serai-je réduit, dans ce paragraphe, à rap- ɜ plus souvent les opinions des auteurs, sans pouvoir les confirmer par des

Relativement aux *émissions sanguines*, nous trouvons cependant des renseignements positifs, et c'est M. Louis (1) qui nous les fournit. Des faits qu'il a observés, il résulte que la *saignée générale* a une influence heureuse sur la durée de la maladie, mais que cette influence est beaucoup plus limitée qu'on ne l'avait supposé; car, chez les sujets saignés, l'affection ne s'est terminée qu'au bout de neuf jours, et elle s'est prolongée seulement jusqu'à dix jours et un quart chez les autres. Chez tous ces individus, la pharyngite avait un certain degré d'intensité. Nous devons en conclure que la saignée générale doit être pratiquée dans la maladie qui nous occupe, mais qu'on ne doit pas espérer, par des *saignées modérées*, de faire disparaître brusquement les pharyngites un peu intenses, ou de les *juguler*, comme on l'a dit dans ces derniers temps.

En serait-il autrement, si l'on employait la *formule* des émissions sanguines proposée par M. Bouillaud (2)? Cet auteur a cherché à établir le fait par quelques considérations qui auraient besoin d'être appuyées sur un plus grand nombre d'observations qu'il ne peut en fournir, comme il le reconnaît lui-même. Il faut donc attendre, avant de se prononcer, que ces observations aient été présentées et analysées, ce que M. Bouillaud se propose de faire. En attendant, disons que la différence qui existe entre les résultats obtenus par M. Louis et M. Bouillaud, à l'aide de saignées très différentes quant à leur abondance, est numériquement peu considérable. Les malades de M. Bouillaud ont en effet été guéris en huit jours, terme moyen.

Il est inutile d'ajouter que presque tous les auteurs se sont montrés partisans de la saignée générale, quoiqu'ils n'aient point cherché à en apprécier la valeur de la même manière. Cependant il est quelques cas où les opinions ont été partagées; c'est principalement dans la *forme dite bilieuse*, sur laquelle Stoll a tant insisté. D'après cet observateur (3), la saignée, dans l'épidémie de 1779, avait très peu d'effet, tandis qu'immédiatement après l'administration d'un vomitif, les symptômes éprouvaient un amendement des plus notables, ce que l'on reconnaissait au rétablissement de la déglutition, jusqu'alors abolie. Il est impossible de discuter de pareilles propositions, à l'appui desquelles on n'a pas cité les faits. Ce serait devancer l'observation. Disons seulement que les médecins modernes, tout en recommandant les vomitifs dont il sera question plus loin, n'ont point attaché une aussi grande importance à la forme de la maladie.

Dans quel lieu la saignée générale doit-elle être pratiquée? Les anciens ont beaucoup discuté sur ce point de thérapeutique, qui avait été abandonné dans ces derniers temps, tout le monde reconnaissant que l'essentiel est d'enlever une certaine quantité de sang, et adoptant par conséquent la saignée du bras comme la plus simple et la plus facile. M. Chauffard (4) a de nouveau soulevé cette question et a cherché à prouver par quelques observations, que la *saignée dérivative*, c'est-à-dire la *saignée du pied*, a une influence bien plus grande que les autres émissions sanguines; mais ces observations en très petit nombre sont loin d'être concluantes, car M. Chauffard n'a tenu compte ni de l'époque à laquelle la saignée a été pratiquée

(1) *Recherches sur les effets de la saignée, etc.* Paris, 1835, in-8.
(2) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité.* Paris, 1837, t. II.
(3) *Ratio medendi*, pars IV, p. 61.
(4) *Œuvres de médecine pratique.* Paris, 1848, t. I, p. 363.

pée, ni de la marche naturelle de a maladie, ni en un mot d'aucune des circonstances les plus importantes.

Rien n'est plus fréquent que de presc ire une application de *sangsues*, souvent en nombre considérable, vers la base des mâchoires; mais d'après les recherches de M. Louis, ces émissions sanguines locales ont un effet beaucoup moins notable que la saignée générale; ou plutôt, dans les faits observés par lui, elles n'ont point de résultat appréciable, car l'affection a eu, après leur application, sa durée ordinaire. Broussais (1) est d'un avis opposé; mais il faudrait, pour que son opinion eût une valeur réelle, qu'elle fût appuyée, non sur des vues purement théoriques, mais bien sur des faits positifs, et c'est ce qui n'est pas. On ne saurait donc admettre, avec cet auteur, que, par le moyen des sangsues appliquées sous la mâchoire, on puisse enlever la maladie du premier coup, lorsqu'on s'y prend au début. Cette proposition est tout aussi hasardée que celle de M. Chauffard, qui attribue sans preuve, à ce moyen, de très mauvais effets.

Broussais avait une telle confiance dans les saignées locales, qu'à l'exemple de quelques autres auteurs, il prescrivait l'application des *sangsues dans l'intérieur du pharynx*, et sur la tonsille enflammée elle-même. Pour mettre ce moyen en usage, il faut traverser la sangsue d'un fil placé dans un point éloigné de l'extrémité buccale, et en maintenir les deux chefs au dehors. Par là on s'oppose à ce que la sangsue soit avalée avant ou après sa chute. Comme les auteurs du *Compendium* l'ont fort bien remarqué, ce moyen, d'une application difficile et très désagréable, n'est point d'une efficacité assez bien déterminée pour qu'on puisse penser à y avoir recours. Rien ne prouve, en effet, que, comme le prétendait Broussais, une seule sangsue, appliquée de cette manière, produise plus d'effet que dix à l'extérieur.

Enfin on a appliqué des *sangsues dans un point plus ou moins éloigné :* à l'anus, aux parties génitales, autour des malléoles; mais, à moins qu'il n'y ait un flux supprimé qu'on veuille rappeler, cette pratique n'est point ordinairement mise en usage.

On a, dans quelques cas, pratiqué la saignée locale à l'aide de *ventouses scarifiées*. Forestus (2) les faisait appliquer entre les épaules. On peut aussi les placer, comme les sangsues, sur les parties latérales du cou. Ce moyen étant rarement employé, nous n'avons que des renseignements très peu précis sur son degré d'efficacité.

Quoique pratiquée à l'aide de la lancette, la *saignée des veines ranines*, à laquelle les anciens avaient recours, et qui est conseillée par Forestus, Sydenham, Lanzoni, etc., peut être regardée comme une saignée locale. Le danger de cette saignée, et l'absence de toute preuve en faveur de son utilité plus grande que celle de la saignée du bras, y ont fait généralement renoncer.

Un moyen qui se rapproche jusqu'à un certain point des précédents, par l'écoulement de sang qu'il produit, est la *scarification* ou la *lacération* de la partie malade. On peut, soit à l'aide d'un bistouri droit dont la lame est enveloppée de linge jusqu'à une petite distance de sa pointe, soit à l'aide des pinces de Museux,

(1) *Cours de pathologie*. Paris, 1835, 5 vol. in-8.
(2) *Opera omnia*, lib. XV, obs. 17.

faire des mouchetures un peu profondes, ou déchirer le tissu de l'amygdale enflammée. On espère par ce moyen opérer un dégorgement qui, suivi d'une détumefaction immédiate, procure un soulagement rapide. On sent combien il serait nécessaire d'avoir un certain nombre de faits concluants en faveur de cette pratique, dont on peut craindre de funestes conséquences ; mais malheureusement ce n'est que sur des idées théoriques qu'est fondée l'opinion des auteurs qui ont recommandé les scarifications. Un médecin prudent devra donc s'en abstenir, de crainte de développer une irritation qui, au lieu d'être salutaire, ne fasse qu'augmenter le mal.

*Adoucissants, émollients.* — Dans une maladie de la gorge regardée comme une inflammation franche, il est tout naturel qu'on ait d'abord songé à employer les émollients. Aussi les *gargarismes* avec la décoction de mauve, de guimauve, de graine de lin, de dattes, de jujubes ; les *cataplasmes* émollients autour du cou, les *fomentations* émollientes et les *boissons adoucissantes*, ont-ils été de tout temps prescrits ; il serait inutile d'entrer dans des détails sur ces divers moyens.

Il n'en est pas de même des *fumigations*, qui étaient déjà recommandées par Hippocrate. Ces fumigations peuvent être faites avec les décoctions précédemment indiquées. Suivant Cullen (1), les *fumigations avec la vapeur d'eau simple* sont préférables à toutes les autres. Mais sur quoi est fondée une semblable assertion ?

*Acidules.* — Les boissons et les *gargarismes* acidules ont ensuite été prescrits dans le but sans doute de modérer, par leur action astringente, un gonflement trop considérable : c'est pour cela que l'on prescrit si souvent le *sirop de mûres*, regardé dans le vulgaire comme un moyen presque spécifique. Voici la formule qu'employait Forestus :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau de plantain..... | ãã 120 gram. | Jus ou sirop de mûres........ | 90 gram. |
| — de prêle....... | | | |

Pour se gargariser sept ou huit fois par jour.

Dans le cas où l'action de se gargariser serait difficile, cet auteur recommande de faire avaler par petites gorgées un sirop de jujubes, de violettes et de mûres.

On peut encore prescrire le gargarisme proposé par Hecker :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Infusion de fleurs de sureau. | 300 gram. | Oxymel simple.............. | 50 gram. |
| Oxymel scillitique........ | 50 gram | | |

Mêlez. Pour se gargariser quatre ou cinq fois par jour.

*Acides.* — Pour rendre l'action de ces gargarismes plus énergique, d'autres ont employé le *vinaigre*, le *suc de citron*, ou des acides plus forts encore, comme l'*acide hydrochlorique* et l'*acide sulfurique.* Ainsi on a prescrit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Eau commune.......... | 130 gram. | Acide sulfurique............ | 20 gouttes. |
| Sirop simple........... | 20 gram. | | |

Ou encore :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau distillée de laitue... | 230 gram. | Miel rosat................. | 40 gram. |
| Acide hydrochlorique pur.. | 1 gram. | | |

(1) *Méd. prat.*, trad. par Bosquillon. Paris, 1789, 2 vol. in-8.

Quelquefois même on a été jusqu'à porter sur le pharynx des préparations acides beaucoup plus actives. Sydenham (1) paraît être le premier qui ait recommandé de toucher les parties enflammées avec un mélange *très acide* de miel rosat et d'acide sulfurique. Depuis, cette pratique a été assez souvent imitée. Toutefois on se borne ordinairement à laver fréquemment ces parties avec un collutoire acidulé tel que le suivant :

℞ Miel........................................ 60 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau........................................ 200 gram.

Ajoutez :

Suc de citron........................................ 25 gram.

Et agitez chaque fois.

L'emploi des acides a-t-il toute l'efficacité qu'on lui suppose? C'est ce qu'il ne nous est pas permis de décider positivement. On peut croire que si l'inflammation est peu intense et peu profonde, si le gonflement des parties paraît dû à un afflux très considérable de liquides, cette médication a de l'avantage; mais il serait probablement inutile et même nuisible d'y avoir recours, si l'inflammation était caractérisée par des douleurs vives et profondes, et une rougeur intense annonçant une inflammation très aiguë.

*Cathérétiques et astringents.* — Il est donc rare que, dans la pharyngite tonsillaire franche, on ait recours à l'action des acides employés comme caustiques énergiques; mais certains médicaments *cathérétiques* et fortement *astringents* ont été préconisés, surtout dans les dernières années. Passons-les en revue.

*Nitrate d'argent.* — M. le docteur Durant, chirurgien militaire (2), cautérise avec le nitrate d'argent sec toute l'étendue de la muqueuse phlogosée, lorsqu'il n'y a pas de complication gastrique. Vingt-quatre heures après, la déglutition est plus facile, et au bout de trois ou quatre jours, deux ou trois cautérisations ayant été pratiquées, le malade peut reprendre son service. On n'aura une idée exacte de l'efficacité de ce traitement que lorsque l'analyse d'un nombre suffisant de faits aura été produite.

M. le docteur Herpin (de Genève) (3) a cité de nouveaux faits en faveur de ce moyen. Selon ce médecin, la cautérisation agit d'autant mieux, qu'elle est employée plus près du moment où le malade a ressenti les premières atteintes du mal.

Pour pratiquer cette opération, M. Herpin se sert d'un cylindre de nitrate d'argent solidement fixé, et ne dépassant le porte-crayon que d'une longueur de 4 millimètres environ. Le malade étant assis sur une chaise, aussi près que possible d'une fenêtre, la tête soutenue par un aide, la langue est abaissée par une cuiller, ou mieux avec un couteau à papier, et l'on fait prononcer la voyelle A comme

(1) *Opera omnia*, t. I, cap. VII.

(2) Voyez Greppo, *Quelques considérations sur la méthode abortive dans l'uréthrite et l'amygdalite aiguë* (*Journal de médecine de Lyon*, novembre 1845).

(3) *Union médicale*, 24 juin 1852.

dans une leçon de vocalisation. Alors, si les deux amygdales sont prises, on cautérise d'abord circulairement l'amygdale droite avec un côté de la pierre; puis on agit de la même manière sur la gauche. Quand le voile du palais est enflammé, on le cautérise en passant d'une glande à l'autre avec l'extrémité obtuse du crayon. Si la luette est rouge et œdématiée, on la touche en descendant avec l'extrémité aplatie de la pierre; c'est là le dernier temps de l'opération, qui n'est point douloureuse en elle-même.

*Alun.* — Nous citerons ensuite l'*alun*, qui, après avoir fait partie de plusieurs formules anciennes, a été employé seul, ainsi que nous l'avons vu plus haut, et notamment par M. Velpeau. C'est principalement contre l'espèce de pharyngite qui nous occupe que cette médication a été dirigée. Nous ne reviendrons pas ici sur la manière dont le remède est appliqué; rien n'est, en effet, plus facile, puisqu'il ne s'agit que de le porter avec le doigt sur les parties enflammées; mais il faut ajouter que, dans le traitement conseillé par M. Velpeau, des gargarismes alumineux sont aussi prescrits à la dose suivante :

℞ Alun............... 8 à 16 gram. | Eau d'orge................. 120 gram.

Faites dissoudre. Pour se gargariser deux ou trois fois par jour, dans les intervalles des applications d'alun qui doivent être faites en nombre à peu près égal.

Ces *gargarismes alumineux*, ainsi que les *insufflations d'alun*, avaient déjà été prescrits par Lazare Rivière (1), et M. A. Laennec (2) cite deux cas où l'angine a paru céder à ces moyens; toutefois on a plus particulièrement recours aux *frictions* faites avec le doigt, et telles que nous venons de les indiquer.

L'alun a été encore prescrit sous d'autres formes : ainsi Thilenius (3) faisait usage de tablettes composées comme il suit :

℞ Sulfate d'alumine et de potasse........... } āā part. égales. | Suc de réglisse............... Gomme arabique......... } āā part. égales.

Mêlez. F. s. a. des tablettes que le malade laisse fondre dans la bouche.

De toutes ces formules, la plus simple, c'est-à-dire celle qui consiste à porter directement la poudre sur le pharynx, doit être préférée.

*Borax.* — Le *borax*, dont, suivant un article d'un journal anglais (4), les Chinois feraient depuis longtemps usage sous forme d'*insufflation*, et dont l'action est analogue à celle de l'alun, a été également mis en usage par un grand nombre d'auteurs; mais nous nous contenterons de renvoyer à ce qui a été dit sur ce médicament à l'article *Muguet* (tome III, p. 443), où nous avons indiqué la manière de l'employer.

*Chlorate de potasse.* — Le *chlorate de potasse* a été employé avec avantage au début des pharyngites tonsillaires, et il a paru propre à amener quelquefois la résolution de la maladie. On l'emploie en potion :

(1) *Prax. med*, lib. VI.
(2) *Revue médicale*, t. IV, 1828.
(3) *Observ. méd. chir.* Francfort-sur-le-Mein, 1809.
(4) *London med. Reposit.*, 1815.

| | |
|---|---|
| Solution de gomme......... 100 gram. | Sirop de Tolu.............. 10 gram. |
| Chlorate de potasse.......... 1,50 gram. | |

Ou mieux, en gargarisme, à la dose de 3 ou 4 grammes dans 100 grammes d'eau.

*Brou de noix.* — M. Becker (1) regarde comme très efficace, dans les cas d'engorgement chronique des amygdales, l'*extrait de brou de noix*, qu'il applique avec un pinceau sur les parties malades. Voici la formule qu'il emploie :

| | |
|---|---|
| ℞ Extrait de brou de noix..... 4 gram. | Eau distillée......... 60 gram. |

Mêlez.

Il ne cite qu'un seul cas en faveur de cette médication.

*Ammoniaque.* — L'*ammoniaque* est encore une des substances que l'on a le plus vivement recommandées. C'est presque toujours sous forme de sel, à l'état d'*hydrochlorate*, et dans les gargarismes, qu'on a prescrit ce médicament. Il nous suffira d'indiquer quelques formules. Déjà Polisius avait ordonné la préparation suivante :

℞ Joubarbe.............................. 500 gram.

Contondez et ajoutez :

Hydrochlorate d'ammoniaque................. 8 gram.

Placez le mélange dans un lieu souterrain humide, jusqu'à ce que le liquide soit liquéfié ; décantez et conservez le liquide.

Les auteurs plus récents se sont contentés de faire entrer le *sel ammoniac* dans différentes formules. Voici celle que l'on peut mettre en usage :

| | |
|---|---|
| ℞ Hydrochlorate d'ammoniaq. 4 gram. | Sirop de vinaigre........... 60 gram. |
| Eau.................. 400 gram. | |

Mêlez exactement. Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

L'*acétate d'ammoniaque* est employé par d'autres auteurs, mais c'est à l'intérieur qu'on l'a principalement administré. Voici la *potion* recommandée par Gœlis chez les enfants, dans les cas où il n'y a qu'une fièvre très peu intense :

| | |
|---|---|
| ℞ Décoction d'althæa........ 15 gram. | Sirop d'althæa.............. 40 gram. |
| Esprit de Mindererus...... 4 gram. | |

Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Les *applications externes* ont été faites également avec l'*ammoniaque*. Ainsi Nost (2) propose de faire des frictions sur tout le cou avec le *liniment* suivant, dans lequel cette substance entre à l'état d'alcali :

| | |
|---|---|
| ℞ Huile de jusquiame........ 30 gram. | Ammoniaque caustique....... 15 gram. |
| Onguent mercuriel........ 6 gram. | |

Mêlez.

(1) *Medicinische Zeitung*, 1845.
(2) *Encyclop. der Med. und Chir.*, 1833.

Vogler (1) employait à l'extérieur des *fomentations* avec l'eau ammoniacée tiède, composée ainsi qu'il suit :

Sel ammoniac (hydrochlorate)..................... 8 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau commune................................ 200 gram.

Imbibez une flanelle de ce liquide, et entourez-en le cou du malade.

Ou bien encore il appliquait le cataplasme suivant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Pain de froment sec trituré. | 150 gram. | Opium pur................ | 1,20 gram. |
| Graine de lin contuse..... | 30 gram. | Eau bouillante.... ....... | Q. s. |
| Sel ammoniac pulvérisé... | 8 gram. | | |

Appliquez ce cataplasme chaud autour du cou.

*Divers moyens combinés.* — Les auteurs ont tellement multiplié leurs prescriptions contre la pharyngite tonsillaire, que ce serait dépasser les bornes que de vouloir les indiquer toutes. C'est pourquoi nous nous contenterons de présenter quelques formules qui renferment un grand nombre de médicaments.

M. le docteur Rul-Ogez (2) vante les bons effets des gargarismes avec l'acétate de plomb cristallisé, qu'il formule ainsi :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau distillée............ | 160 gram. | Acétate de plomb cristall. 0,30 à | 0,50 gram. |
| Gomme arabique........ | 16 gram. | Sirop simple............... | 32 gram. |

Mêlez. Pour se gargariser toutes les heures ; dans l'intervalle, faire usage d'un gargarisme émollient.

Sartorius (3) employa le gargarisme suivant, dans un cas où le gonflement énorme des amygdales faisait craindre pour la vie :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Rose rouge........ } | ãã 4 gram. | Feuilles de chêne......... | 3 gram. |
| Fleurs de grenadier.. } | | Alun brûlé............... | 1,20 gram. |
| Ecorce de grenadier... | 15 gram. | | |

Faites bouillir dans :

Eau ferrée.................... 750 gram.

Ajoutez :

Conserve de mûres............. 30 gram.

Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

Le même auteur prescrivait des *emplâtres* et des *cataplasmes*, dans lesquels entraient la *pulpe et le jus d'oignon*, le *bulbe du lis blanc*, le *nid d'hirondelle*, etc. Il serait inutile de s'étendre longuement sur de semblables moyens.

Disons seulement, d'une manière générale, que presque toutes les substances

(1) *Pharm. Select.* Giessen, 1801.
(2) *Annales de la Société médicale d'Anvers*, janvier 1852.
(3) *Miscell. nat. cur.*, dec. XI, ann. I, obs. 123.

employées par les anciens, et auxquelles on peut attribuer une action peu énergique, sont *astringentes*, *styptiques* ou *acides*.

M. le docteur Van Rhyn (1) dit enrayer rapidement la pharyngite tonsillaire aiguë en donnant au malade, matin et soir, une cuillerée de *vinaigre* dit *des quatre voleurs*. Sans se rendre compte du mode d'action de ce médicament, M. Van Rhyn a eu tant de succès à constater, qu'il s'abstient de citer des faits qui seraient trop nombreux. Il est à regretter qu'il n'en ait pas, au moins, donné l'analyse.

*Vomitifs.* — Les *vomitifs* ont été mis en usage dans l'amygdalite, plus fréquemment encore que dans l'angine légère dont il a été question dans le précédent article. Laennec a rapporté deux cas dans lesquels l'angine s'est dissipée promptement après l'administration de l'*émétique à haute dose* (2); mais il faudrait des faits plus nombreux et dont la marche aurait été suivie avec plus de soin pour décider quelle est l'efficacité du vomitif dans cette affection.

On peut croire néanmoins que ce moyen a une certaine action favorable, d'après les effets que nous lui avons vu produire dans d'autres inflammations plus profondes et plus graves. Toutefois ce ne sont là que des présomptions, et il serait important qu'une observation exacte vînt nous éclairer sur ce point.

On regrette que M. le docteur Bourgeois (3), qui emploie toujours et à l'exclusion des émissions sanguines le *tartre stibié à dose vomitive*, n'ait pas donné une analyse rigoureuse des faits. Il prescrit ce médicament de la manière suivante :

℞ Tartre stibié........ 10 centigr. | Sucre............... 10 centigr.

Faites fondre dans les deux tiers d'un verre d'eau fraîche. A prendre en deux fois à une demi-heure d'intervalle.

*Calomel.* — M. le docteur René Vanoye (4) a rapporté des cas très graves et de longue durée, dans lesquels une médication très simple, imaginée par M. Scelle-Montdezert (5), a parfaitement réussi. Cette médication consiste dans l'emploi des pilules suivantes :

℞ Calomel............... 0,30 gram. | Savon amygdalin......... 4 gram.

F. s. a. 12 pilules. Dose : deux le matin et deux le soir.

M. Morris (6) vante beaucoup la *résine de gaïac* prise à la dose d'un gramme. Mais il donnait d'abord un vomitif, puis un purgatif ; de sorte qu'il ne restait probablement plus grand'chose à faire à ce médicament si vivement recommandé.

*Traitement de la pharyngite bilieuse des auteurs.* — Nous avons vu, dans la description précédente, qu'on avait admis une forme particulière de la maladie sous le titre d'*angine bilieuse*, et nous avons vu aussi combien de doutes laissait dans l'esprit la description peu précise donnée par les auteurs. C'est encore un point

(1) *Annales de la Société de Roulers*, 2e livraison, 1850, et *Bulletin de thérapeutique*, 30 avril 1850.
(2) Voy. *Pneumonie*, t. II, p. 715.
(3) *Union médicale*, 10 septembre 1850.
(4) *Annales de la Société médicale d'émulation de la Flandre occidentale*, août 1848.
(5) *Journal hebdomadaire*, 1830.
(6) *London and Edinburgh. monthly Review*, 1845.

qu'il faut recommander à l'attention des observateurs. En attendant, voici comment cette angine a été traitée dans les cas où l'on a admis son existence. Nous avons déjà dit que Stoll employait presque exclusivement les *éméto-cathartiques*. Cependant il n'excluait pas entièrement la *saignée*, mais il recommandait de n'y avoir recours que dans les cas où il y aurait, avec les symptômes bilieux, quelques phénomènes inflammatoires un peu marqués, et il ne l'employait que comme un moyen préparatoire propre à favoriser l'action des vomitifs. Forestus (1) eut également recours à la saignée dans un cas qu'il regardait comme une angine bilieuse, et pour vaincre la constipation, qui était opiniâtre, il se borna à prescrire des *suppositoires*. Or il y a dans ce fait ceci de remarquable, que, quoiqu'on n'employât pas les vomitifs, l'affection n'en guérit pas moins avec rapidité.

On voit combien sont vagues ces renseignements sur des questions dont la solution est cependant assez importante; car chaque jour les médecins se laissent diriger dans leur pratique, par les idées théoriques des auteurs qui nous ont précédés.

Quoi qu'il en soit, nous devons dire que l'angine à laquelle on reconnaîtra des caractères bilieux devra, en attendant de nouveaux faits, être traitée de la même manière que la pneumonie dite *bilieuse*, dont nous avons parlé dans le deuxième volume de cet ouvrage (p. 724).

Nous n'avons considéré jusqu'à présent que l'action médicamenteuse des vomitifs; mais il est un autre point de vue particulier sous lequel ces substances doivent être envisagées; lorsqu'il est évident qu'un accès s'est formé dans l'amygdale, ou lorsqu'on a lieu de le soupçonner, et que le sujet est en proie à des symptômes alarmants, on administre un vomitif, dans l'espoir que les contractions violentes du pharynx *hâteront la rupture de l'abcès*. On a souvent réussi par ce moyen à épargner au malade plusieurs heures de souffrance et de suffocation. Le vomitif dont il faut se servir en pareil cas est le *tartre stibié* à dose simplement vomitive, c'est-à-dire 0,05 *gram. à prendre en une fois dans un demi-verre d'eau.*

*Purgatifs.* — On n'attache qu'une faible importance aux purgatifs dans le traitement de l'angine, et on ne les emploie guère que dans le but de tenir le ventre libre. Aussi ne voyons-nous mentionnée dans les auteurs aucune substance purgative particulière; les *sels purgatifs*, les *résineux*, ou mieux peut-être de simples *lavements laxatifs* avec l'*huile de lin*, le *miel de mercuriale*, etc., suffisent dans tous les cas.

*Dérivatifs.* — Dans le but d'appeler l'irritation sur des points plus ou moins éloignés du siége de l'inflammation, on a recommandé divers moyens, tels que les *pédiluves* et les *manuluves sinapisés*, ou aiguisés avec l'*acide hydrochlorique*; des *sinapismes* aux extrémités inférieures, ou même un *vésicatoire* sur les côtés du cou ou à la nuque. Lorsque la pharyngite est légère, ces remèdes sont inutiles, puisque la guérison a lieu tout aussi rapidement sans eux; et lorsqu'elle est très intense, qu'elle s'accompagne d'une fièvre violente, ils peuvent avoir de graves inconvénients en augmentant l'excitation et le mouvement fébrile. Au reste, ces moyens sont très rarement prescrits.

M. Fleury (2) emploie le traitement suivant: Il fait envelopper le cou, jusqu'aux

(1) *Loc. cit.*, *De angina biliosa.*
(2) *Thèse.* Montpellier, 1848.

oreilles, d'une cravate de laine; plus la laine est grossière, plus l'effet dérivatif continu que l'on en obtient est profond et intense; en même temps il prescrit un gargarisme préparé comme il suit :

| | |
|---|---|
| Moutarde commune (sinapis nigra). 25 gram. | Vinaigre ordinaire............ 10 gram. |
| Chlorure de sodium (sel de cuisine). 5 gram. | Eau chaude ou froide.......... 192 gram. |

Filtrer.

Il faut toujours goûter ce mélange, en augmenter ou en diminuer la force suivant les circonstances d'âge, de sexe, de tempérament, de constitution, d'état social, etc. On doit se gargariser sept ou huit fois par jour, et deux ou trois fois pendant la nuit.

L'auteur cite un grand nombre d'observations d'angines simples, pseudo-membraneuses, œdémateuses, traitées ainsi; mais comme il a employé d'autres agents thérapeutiques très efficaces, on ne peut pas attribuer sans beaucoup de restrictions les bons effets de la médication au gargarisme sinapisé.

*Pyrothonide.* — Nous pourrions maintenant indiquer quelques médicaments qui ont été plus particulièrement recommandés par quelques auteurs; mais il nous suffira de faire remarquer de nouveau que la vertu de ces médicaments se trouve dans leur action *styptique*, *caustique* ou *astringente*, ce qui les fait rentrer dans la classe de ceux que nous avons déjà mentionnés, et ce qui nous dispense de les énumérer en détail. Nous indiquerons seulement ici le *pyrothonide*, proposé par M. Ranque (1).

EMPLOI DU PYROTHONIDE.

Cette substance n'est autre chose que l'huile pyrogénée qui provient de la combustion du papier, du linge, du chanvre ou du coton, à l'air libre; d'où il résulte un liquide noirâtre, très âcre, qu'on étend de trois ou quatre fois son poids d'eau. Après avoir séparé l'espèce de charbon léger qui surnage, on réduit par l'évaporation ce solutum à l'état sec, et l'on obtient le pyrothonide concret dont fait usage M. Ranque.

Voici sa formule dans les cas d'angine :

| | |
|---|---|
| ℞ Pyrothonide sec....... 0,10 gram. | Miel.................. 8 ou 10 gram. |
| Eau d'orge froide...... 30 gram. | |

Pour dix ou douze gargarismes par jour.

Suivant cet auteur, lorsque l'angine est simple, qu'il n'y a ni pellicule ni couche pultacée, la résolution est prompte; mais est-elle plus prompte qu'avec d'autres moyens? C'est là ce que les observations de M. Ranque ne permettent nullement de décider.

Dans les pharyngites plus intenses, et surtout dans les *angines scarlatineuses*, M. Ranque hésita d'abord à employer ce médicament seul; mais plus tard, dit-il, enhardi par les succès obtenus dans l'angine simple, il se borna à l'emploi du gargarisme pyrothonidé, et l'angine disparut en peu de jours. Malheureusement

(1) *Mém. clin. sur l'emploi en médecine du pyrothonide.* Paris, 1827.

encore, tout cela est fort peu concluant ; pour admettre, en effet, d'après de pareils renseignements, que le pyrothonide est un médicament très efficace, il faudrait que l'angine fût une maladie presque constamment mortelle, ou eût besoin d'un temps très long pour guérir ; mais il en est tout autrement, et par là on s'explique très bien comment tant de médicaments préconisés sont regardés comme *guérissant* la pharyngite tonsillaire *en un petit nombre de jours*.

### TRAITEMENT DE LA PHARYNGITE TONSILLAIRE SUPPURÉE (ABCÈS DES AMYGDALES).

Nous avons vu plus haut qu'un moyen souvent employé pour faciliter la rupture des abcès des tonsilles, était l'*émétique à dose vomitive;* mais il peut arriver que les parois de l'abcès soient trop épaisses pour être rompues par les efforts du vomissement, et que cependant la suffocation et les autres accidents soient assez intenses pour demander un traitement efficace. Il faut alors chercher à s'assurer s'il existe ou non de la fluctuation. Dans les cas où le malade peut ouvrir assez largement la bouche, l'exploration est assez facile; mais, dans le cas contraire, il faut mettre en usage un moyen particulier.

« On commence, ainsi que le conseille Boyer, par placer entre les deux incisives un coin de bois blanc de peu d'épaisseur : puis on lui en substitue un plus épais que l'on pousse par degrés, d'avant en arrière, entre les dernières dents molaires, de sorte que l'écartement des mâchoires n'ait lieu qu'avec beaucoup de lenteur. On porte alors le doigt indicateur profondément dans la bouche jusqu'à l'amygdale, dont on explore le volume, la dureté, et dans laquelle on reconnaît aisément la présence d'un liquide. »

Il suffit quelquefois de la simple *pression* exercée sur l'amygdale par cette exploration pour déterminer la rupture du foyer. Lorsqu'il en est autrement, il faut pratiquer l'ouverture de l'abcès, pour laquelle on a proposé divers moyens. On sait qu'Aétius employait de la manière suivante une *petite éponge trempée dans la résine de térébenthine :* après l'avoir solidement attachée à un fil résistant, il la faisait avaler; puis, tirant sur le fil, qu'il avait préalablement fixé autour de sa main, il la retirait brusquement, dans le but d'exercer sur l'amygdale une forte pression. Ce moyen grossier est aujourd'hui abandonné.

On a également abandonné l'emploi du *pharyngotome*, instrument inventé par J.-L. Petit, et qui consiste en une lame tranchante à son extrémité, et enfermée dans une gaîne. Après avoir introduit l'instrument jusque sur l'amygdale, on faisait sortir rapidement la lame, jusqu'alors cachée dans la gaîne, et l'on incisait ainsi les parois de l'abcès.

Portal (1) a cité un cas où cet instrument ayant été employé par un habile chirurgien, il en résulta néanmoins une hémorrhagie mortelle; ce qui prouve que le pharyngotome est non-seulement inutile, mais dangereux.

D'autres se servent d'une *lancette* dont la lame est fixée à l'aide d'une bandelette de linge ; mais l'instrument le plus simple, le plus facile à conduire et le plus géné-

(1) *Cours d'anat. méd.* Paris, 1804, t. III, p. 509.

nément employé, est le *bistouri*. Pour pratiquer cette opération, on procède ainsi qu'il suit (Boyer).

INCISION DE L'AMYGDALE OU DU VOILE DU PALAIS.

« On commence par écarter les mâchoires, en plaçant entre les dents molaires un morceau de bois blanc taillé en forme de coin ; on abaisse ensuite la base de la langue avec un ou deux doigts, et l'on introduit dans la bouche un bistouri long et étroit, tenu horizontalement, et dont la lame, fixée sur le manche, est couverte d'une bandelette jusqu'à 8 ou 10 millimètres de sa pointe. On fait sur la tumeur une incision transversale, et l'on retire promptement le bistouri, en ayant soin d'écarter sa pointe des parties qu'elle pourrait blesser dans le moment où la douleur fait faire au malade des mouvements involontaires. Il est des cas où le gonflement des parties supérieures du cou s'oppose à tel point à l'abaissement de la mâchoire, qu'il est tout à fait impossible d'obtenir un écartement qui permette de guider avec l'œil l'instrument au moyen duquel on se propose d'ouvrir la tumeur. Dans ce cas, ce sera le doigt indicateur, dont l'extrémité touchera la tumeur en même temps que dans sa longueur il déprimera la langue, qui servira de guide au bistouri. »

Dans les cas dont il vient d'être question, nous avons supposé la fluctuation évidente, et, par conséquent, la réunion dans un large foyer d'une quantité assez considérable de pus ; mais il arrive quelquefois que plusieurs collections purulentes peu étendues se forment dans divers points de la glande à la fois. Le gonflement est alors très considérable, et il pourrait avoir de graves inconvénients. Il faut, en pareil cas, avoir recours à des scarifications pratiquées de la même manière que l'incision, scarifications qui, donnant lieu à l'écoulement du sang et du pus, opèrent un dégorgement favorable. Ces cas, du reste, sont assez rares.

Dans d'autres circonstances, l'inflammation a de la tendance à se propager aux parties environnantes, à fuser le long du tissu cellulaire post-pharyngien, et même à se porter jusque dans l'intérieur de la poitrine, comme M. Londe en a cité un exemple. Cet accident arrive surtout dans des cas où l'angine vient compliquer une maladie fébrile. Nous le mentionnerons plus amplement dans l'*angine pharyngée*, dont il sera question plus loin.

Dans d'autres cas, c'est tout le tissu cellulaire de la partie externe du cou qui participe à l'inflammation ; il peut alors se former un vaste abcès et une fistule de la cavité du pharynx à l'extérieur. Si l'on a lieu de craindre que la maladie ne se termine ainsi, il faut se hâter d'inciser l'amygdale, *alors même qu'on n'y reconnaît pas une fluctuation évidente.* Ajoutons toutefois que les cas qui viennent d'être mentionnés peuvent être regardés comme exceptionnels.

*Après l'ouverture de l'abcès*, il suffit de quelques gargarismes émollients ou légèrement détersifs pour favoriser la prompte cicatrisation du foyer. Assez souvent néanmoins l'expectoration devient très fétide après l'ouverture de l'abcès, et il s'exhale du foyer une odeur très incommode pour le malade ; il faut alors recourir aux *gargarismes chlorurés*, comme désinfectants.

*Résumé, ordonnances.* — On a vu que les principaux moyens employés contre la pharyngite tonsillaire sont les saignées générales, les vomitifs (soit pour remédier aux accidents bilieux (Stoll), soit pour favoriser la rupture des abcès), les émollients

et les astringents. Bornons-nous à remarquer ici que la saignée et l'emploi de l'alun sont les seuls moyens à l'appui desquels on ait apporté un nombre assez considérable de faits, et indiquons une circonstance importante qu'on a fréquemment perdue de vue dans les recherches thérapeutiques sur cette maladie. Dans l'immense majorité des cas, l'inflammation envahit *successivement* les deux amygdales; or, voici ce que l'observation a appris à ce sujet : Quelque violemment enflammée que paraisse l'amygdale envahie la seconde, elle revient à l'état normal à peu près en même temps que l'autre. Si l'on n'était pas prévenu de ce fait, on pourrait croire, vu l'état des parties, que la maladie est encore au début de la période d'augment, tandis qu'elle touche à sa période de déclin, et attribuer à l'action du médicament un amendement rapide résultant de la marche naturelle de la maladie. Que de précautions ne faut-il pas prendre dans l'étude des questions thérapeutiques! Voyons maintenant, dans quelques ordonnances, comment doivent être groupés les différents remèdes précédemment indiqués.

### Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHARYNGITE TONSILLAIRE LÉGÈRE SANS MOUVEMENT FÉBRILE.

1° Pour tisane, infusion de mauve et de violette édulcorée avec le sirop de mûres.

2° Un gargarisme avec l'eau de guimauve, la décoction de figues grasses, etc.

3° Si la sécheresse de la gorge est considérable, ce qui est rare, diriger vers le pharynx des vapeurs émollientes.

4° Entretenir le ventre libre.

5° Éviter le froid et l'humidité. Diète pendant deux ou trois jours, ou, dans les cas très légers, alimentation peu abondante et légère.

### IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHARYNGITE TONSILLAIRE ASSEZ INTENSE AVEC MOUVEMENT FÉBRILE.

1° Pour tisane, légère décoction de racine de guimauve sèche, édulcorée avec le miel.

2° Une ou deux saignées générales de 300 à 400 grammes. Chez les enfants, application de deux à huit sangsues, suivant l'âge, à la base de la mâchoire.

3° Fumigations vers la gorge avec une infusion de datura.

4° 0,05 gram. de tartre stibié, à prendre dans un demi-verre d'eau; favoriser le vomissement en buvant de l'eau tiède.

5° Lavements émollients ou rendus légèrement laxatifs par l'addition de 30 grammes de miel de mercuriale, ou simplement de quatre ou cinq cuillerées d'huile de lin.

6° Un des gargarismes acidules ou astringents précédemment indiqués (voyez p. 582 et suiv.), lorsque les symptômes inflammatoires ne sont pas très violents.

7° Diète et repos au lit.

### IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHARYNGITE TONSILLAIRE QUI SE TERMINE PAR SUPPURATION.

1° Mêmes moyens que dans l'ordonnance précédente.

2° Si la fluctuation est évidente, et si l'on aperçoit sur l'amygdale un point

jaunâtre et saillant, presser sur la glande, dans le but d'en déterminer la rupture.

3° Si ce moyen ne suffit pas, donner l'émétique à dose vomitive.

4° Si l'abcès n'est pas rompu, l'ouvrir avec le bistouri (voy. p. 591).

5° Si le gonflement causé par des abcès disséminés est énorme et la suffocation imminente, scarifications.

6° Incision prompte de l'amygdale, sans attendre la fluctuation évidente, lorsque l'abcès menace de s'étendre au loin.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, scarifications, lacération de l'amygdale; adoucissants, émollients; acidules, acides; alun, borax, ammoniaque; vomitifs, purgatifs; dérivatifs; pyrothonide; traitement des abcès.

### TROISIÈME ESPÈCE : *Pharyngite aiguë des parties reculées du pharynx (pharyngite profonde, angine pharyngée).*

Cette espèce de pharyngite n'a été étudiée que d'une manière générale, et il faut chercher dans les observations particulières pour trouver quelques détails originaux. Quoique moins intéressante, dans la grande majorité des cas, que celle dont nous venons de donner la description, elle mérite cependant d'arrêter notre attention, parce que quelquefois elle donne lieu à des accidents fort graves, et nécessite des moyens particuliers.

On a divisé cette maladie en deux variétés, suivant le siége précis de l'inflammation. Ainsi on a décrit l'angine pharyngée de la *partie supérieure du pharynx*, et celle de la *partie inférieure de cette cavité.* On verra plus loin qu'on pourrait facilement en établir une troisième, qui serait la *pharyngite profonde suppurée.*

Les *causes* de cette affection ne diffèrent pas (du moins suivant les descriptions que nous possédons) de celles des deux précédentes espèces; mais les recherches ne sont pas assez précises pour qu'on puisse regarder ce fait comme parfaitement démontré. Nous ajoutons que, relativement à la pharyngite suppurée, il résulte des principales observations recueillies à ce sujet que, dans le plus grand nombre des cas, elle se développe dans le cours d'une autre maladie, surtout d'une maladie aiguë; c'est ce qui lui a fait donner par quelques auteurs, et en particulier par J. Frank, le nom d'*angina accessoria.* C'est surtout dans les *fièvres graves* que se montre cette espèce de pharyngite.

D'autres fois il semble, d'après des observations trop peu détaillées, qu'un *abcès* s'est primitivement formé dans le tissu cellulaire qui sépare le pharynx des parties voisines, et alors on peut se demander s'il existe une véritable pharyngite. Toutefois les faits se liant d'une manière assez intime à ceux dans lesquels il est évident que l'inflammation suppurative a eu son point de départ dans la muqueuse pharyngienne, nous les comprendrons dans la description qui va suivre. On a désigné ces abcès sous le nom d'*abcès rétro-pharyngiens.*

*Symptômes. — Pharyngite de la partie supérieure de la cavité.* Dans le cas où la pharyngite occupe la partie supérieure de la cavité, les symptômes sont, sui-

vant MM. Chomel et Blache (1), les mêmes, au siége près, que dans l'angine gutturale. Ils consistent en une sensation de *chaleur* et de *sécheresse* dans la gorge, et une *gêne* plus ou moins marquée *de la déglutition.*

L'*inspection du pharynx* fait voir sa paroi postérieure rouge, luisante, sèche dans les premiers jours, et plus tard couverte, dans une plus ou moins grande étendue, d'un mucus visqueux, grisâtre, qui s'étale en nappe sur cette paroi. Suivant les auteurs que nous venons de citer, il ne serait pas rare de voir la muqueuse sèche pendant tout le cours de la maladie; mais cette assertion aurait besoin de preuves. Selon eux encore, la déglutition est *plus douloureuse que difficile*, la *voix* peu altérée; la *respiration* reste libre. La *toux*, quand elle existe, est gutturale, et alors la *respiration* est *laborieuse.* Dans le plus grand nombre des cas, il n'y a point de *symptômes généraux.*

*Pharyngite de la partie inférieure de la cavité.* — Dans la *pharyngite de la partie inférieure de la cavité*, qui s'observe beaucoup moins souvent, on a noté les symptômes suivants : Gêne de la déglutition; douleur qui se fait sentir à la hauteur du larynx, passage du bol alimentaire difficile et douloureux dans le même point. La *pression* exercée sur les parties latérales du cou augmente la douleur, et parfois il y a une *rougeur obscure* et un peu de *gonflement* dans cette partie. La *voix* est parfaitement libre, on n'observe point de symptômes généraux. A l'inspection, on ne découvre rien d'apparent sur la muqueuse pharyngienne.

Nous avons indiqué très rapidement ces symptômes, parce qu'aucun travail n'ayant été fait sur cette maladie, nous n'avions que des renseignements fort vagues. Nous allons maintenant, d'après quelques observations, indiquer ce qui se passe dans la *pharyngite suppurée*, dans les *abcès du pharynx.*

*Abcès du pharynx.* — Dans les affections fébriles intenses, il arrive quelquefois, avons-nous dit, qu'une inflammation secondaire (*angina accessoria*) se développe dans le pharynx. Lorsque c'est pendant le cours du délire que cette lésion a pris naissance, elle ne se manifeste ordinairement par aucun symptôme. M. Louis (2) en a rapporté un exemple très remarquable. Dans le cas contraire, la douleur et la difficulté de la déglutition, quelquefois très marquées, annoncent le début de la maladie, et si la collection purulente est assez considérable, on constate les symptômes suivants :

Tantôt, comme dans une observation rapportée par M. Priou (de Nantes), la *tumeur* formée par l'abcès reste fixée à la paroi postérieure du pharynx; tantôt le pus fuse vers la poitrine; tantôt enfin, même quand elle a son point de départ sur les parties latérales, l'abcès peut se porter vers la partie supérieure du larynx et comprimer la glotte.

Tel est le cas rapporté par M. le docteur Ballot (3). Celui qui a été publié par Carmichael (4) était à peu près du même genre.

M. Besserer (5) a observé aussi, chez un enfant de quatre mois, un abcès rétro-pharyngien qui fit périr le petit malade par suffocation, et que l'on prit pour un

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. ANGINE SIMPLE.

(2) *Recherches sur la fièvre typhoïde.* Paris, 1841, 2 vol. in-8.

(3) *Phlegmon rétro-œsophagien ayant fait croire à l'existence d'une angine laryngée œdémateuse* (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1841, t. XII, p. 257).

(4) *Edinburgh med.-chir. Trans.*, 1820.

(5) *Rein. und. westf. Correspondenzblatt*, 1844.

croup. Enfin, M. le docteur Peacock (1) a vu, chez un enfant de sept mois, un cas d'abcès post-pharyngien dans lequel la respiration était très gênée, tandis que la déglutition se faisait assez bien. On mit des obstacles à la trachéotomie : l'enfant mourut.

Il est facile de comprendre quels sont les symptômes propres aux trois espèces d'abcès que nous venons de signaler. *Dans le premier cas*, on remarque la douleur vive, la difficulté de la déglutition, la voix nasillarde, une gêne de la respiration qui n'est point habituellement très intense. Il y a là, en un mot, des signes à peu près semblables à ceux que l'on observe dans les abcès de l'amygdale ne comprimant pas le larynx.

*Dans le deuxième*, les mêmes signes, avec une grande intensité des symptômes généraux, puis une douleur se portant du côté de la poitrine ; ou bien le gonflement, la rougeur du cou, la fluctuation sentie à l'extérieur, caractérisent la maladie. C'est ce que l'on observa dans le cas cité par M. Londe, et dans celui qui a été recueilli par M. Méandre Dassit (2).

Enfin, *dans le troisième*, on observe la suffocation extrême, les efforts pénibles de la respiration, l'inspiration sifflante, des phénomènes d'asphyxie, en un mot des signes d'œdème de la glotte si marqués, que les nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles ils ont donné lieu se comprennent facilement.

C'est dans ce cas que l'on doit procéder à une exploration très attentive de la cavité pharyngienne. Il faut, après avoir ouvert mécaniquement la bouche, à l'aide d'un coin de bois placé entre les dents, porter profondément le doigt vers la paroi postérieure du pharynx, et surtout vers la partie inférieure de cette cavité, que les regards ne peuvent point atteindre. On recherche alors la *fluctuation*, qui, si l'on peut atteindre la tumeur, est assez facile à reconnaître. Il faut surtout avoir soin de constater l'état de l'épiglotte et du larynx ; car si l'on peut parvenir à toucher l'ouverture de la glotte et à constater son intégrité en écartant la tumeur, on découvrira facilement la cause des graves symptômes qui se manifestent du côté des voies respiratoires.

Telle est la description de cette espèce de pharyngite, qui aurait besoin d'être étudiée avec plus de soin.

*Marche*, *durée*, *terminaison*. — Dans les cas où la maladie est simple, sa *marche* est celle qui a été signalée dans l'angine gutturale. Si l'affection se termine par suppuration, on voit, après des symptômes qui n'avaient rien de caractéristique, survenir rapidement soit la gêne très grande de la déglutition, soit les signes de l'envahissement du tissu cellulaire environnant par une abondante suppuration, soit enfin des symptômes semblables à ceux de l'œdème de la glotte.

La *durée* de l'affection est variable suivant ces cas. Dans la pharyngite simple, elle n'est souvent que de quatre ou cinq jours ; rarement elle dépasse le premier septénaire. Dans la pharyngite suppurée, au contraire, elle peut être d'une durée assez longue, et qui dépend beaucoup de la gravité des accidents auxquels on peut attribuer la mort. Chez le sujet observé par M. Ballot, la *terminaison* funeste

(1) *Monthly Journal*, octobre 1847.
(2) *Thèse*. Montpellier, 1818, n° 936.

n'eut lieu qu'au bout de douze jours, et, dans le cas cité par M. Priou, l'affection a duré au moins quatorze ou quinze jours.

*Lésions anatomiques.* — Dans l'inflammation simple, les lésions anatomiques sont celles qui ont été indiquées à l'occasion de la pharyngite gutturale. Dans la pharyngite suppurée, on trouve, outre les altérations de la muqueuse, des collections purulentes plus ou moins considérables qui soulèvent cette membrane et donnent lieu à une tumeur très molle, ou bien qui fusent à une plus ou moins grande distance. M. Louis, dans des cas où la maladie s'était déclarée au milieu d'une fièvre grave, a vu le pus infiltré plus ou moins largement dans le tissu sous-muqueux.

*Diagnostic, pronostic.* — Le *diagnostic* de la pharyngite simple, lorsque cette affection est *fixée à la partie supérieure du pharynx*, ne présente pas de grandes difficultés. Une douleur à la partie postérieure de la cavité pharyngienne, la déglutition plus douloureuse que difficile, et, par-dessus tout, l'inspection des parties qui en fait reconnaître les lésions inflammatoires, suffisent pour éloigner toute cause d'erreur.

Il n'en est pas tout à fait de même de la pharyngite *fixée à la partie inférieure* de la cavité. Ici, la douleur qui a son siége au niveau ou un peu au-dessus de la partie supérieure du larynx, le rejet des boissons par le nez, qui s'est montré dans quelques cas où l'affection était très intense, la toux gutturale, une légère altération de la voix, due sans doute à une extension de l'inflammation à la partie supérieure du larynx, pourraient faire croire à l'existence d'une *laryngite aiguë*. Mais il faut remarquer que, dans la pharyngite, la douleur est surtout notable au moment de la déglutition ; que le rejet des boissons par le nez est un phénomène rare, dont les auteurs qui ont admis son existence n'ont point donné d'observations détaillées; que la toux gutturale et l'altération de la voix sont beaucoup moins intenses que dans la laryngite, où l'enrouement est rapidement porté au plus haut degré ; et que, même lorsque ces symptômes existent, on doit croire que l'inflammation a gagné la partie supérieure du larynx.

Dans les cas où l'inflammation *se termine par suppuration*, le diagnostic est beaucoup plus difficile; mais, encore ici, faut-il distinguer la pharyngite de la partie supérieure de celle de la partie inférieure. Dans le premier cas, on peut voir la tumeur au fond de la gorge, et porter assez facilement le doigt sur elle pour y reconnaître la fluctuation. Dans le second, l'état des parties peut être soustrait à la vue, et la sensation de la tumeur touchée par le doigt peut faire croire à l'existence de bourrelets œdémateux qui existent sur les côtés du larynx, dans l'œdème de la glotte.

Ces circonstances peuvent d'autant plus facilement donner lieu à une erreur de diagnostic, que l'on observe en même temps, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les principaux signes de la laryngite œdémateuse; or, on ne peut avoir recours, pour éviter cette erreur, qu'à l'exploration attentive de la partie malade. Pour cela, il faut pratiquer le *toucher*. Si, d'une part, on constate l'existence d'une tumeur molle, fluctuante, et de l'autre l'intégrité de la partie supérieure du larynx, on devra attribuer la suffocation à la compression exercée par un abcès développé dans les parois du pharynx. Il ne faut donc pas s'arrêter à cette exploration au moment où l'on a senti l'existence d'un bourrelet mou, il faut encore rechercher la partie supérieure de la glotte. Si la compression portait, non-seulement sur l'ouverture de la glotte, mais encore sur l'épiglotte elle-même, on aurait un signe de diagnostic

de plus; car, dans les cas de laryngite œdémateuse, l'épiglotte est relevée, et on la sent tout d'abord au moment où l'on pratique le toucher : c'est ce qu'on pourrait faire dans le cas qui nous occupe.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pharyngite simple profonde et de la laryngite aiguë.*

| PHARYNGITE SIMPLE LÉGÈRE. | LARYNGITE AIGUE. |
|---|---|
| Douleur augmentée *dans la déglutition.* | Douleur augmentée *dans la toux et les efforts de la voix.* |
| Toux *gutturale légère*, à moins de complication. | Toux *laryngée intense.* |
| Voix *peu altérée*, nasillarde. | Voix *profondément altérée*, enrouée, éteinte. |

2° *Signes distinctifs de la pharyngite suppurée profonde et de l'œdème de la glotte.*

| PHARYNGITE SUPPURÉE. | ŒDÈME DE LA GLOTTE. |
|---|---|
| Tumeur *molle*, *contenant un liquide* (caractère douteux). | Bourrelet *élastique*, *sans fluctuation.* |
| En écartant de la tumeur, on trouve le *larynx sain.* | Le toucher fait reconnaître que les bourrelets existent *sur les bords du larynx lui-même.* |
| Si l'abcès comprime l'épiglotte, *on ne la sent pas d'abord* quand on pratique le toucher. | Épiglotte relevée, *toujours sentie* au moment où l'on franchit l'isthme du gosier. |

Tels sont les deux diagnostics différentiels qu'il importe de présenter. Il serait utile que le dernier fût soumis à une observation répétée. Dans les cas où un œdème de la glotte est la conséquence de la suppuration du pharynx, tous les signes précédents se trouvent réunis.

*Traitement.* — Il serait inutile d'insister sur le traitement de cette pharyngite à l'état simple. On doit évidemment diriger contre elle les moyens qui ont été recommandés contre la pharyngite gutturale. Disons seulement que les divers *topiques* conseillés par les auteurs étant plus difficilement portés sur la partie enflammée, c'est à l'aide de l'*insufflation*, et surtout des *gargarismes*, qu'il faudra les appliquer. Ainsi l'*alun*, le *borax*, les *acidules* seront prescrits en gargarismes, suivant les formules indiquées dans l'article précédent.

Mais il est une partie importante du traitement : c'est celle qui se rapporte à la *pharyngite profonde suppurée.* Ici le point capital est de faire disparaître le plus promptement possible la tumeur qui occasionne tous les accidents.

Si l'on n'y a point réussi par un *traitement antiphlogistique énergique*, il faut, dès qu'on reconnaît la fluctuation, porter l'instrument tranchant sur la tumeur, et donner issue au pus. Pour pratiquer cette opération, on est souvent forcé de se servir du pharyngotome, ainsi que cela est arrivé à M. Priou. qui, après plusieurs tentatives inutiles pour ouvrir l'abcès avec une lancette et un bistouri, y parvint à l'aide de cet instrument. Dans les cas où la tumeur est à la partie postérieure du pharynx, les accidents causés par l'emploi du pharyngotome sont beaucoup moins à craindre.

Lorsque la tumeur comprime la partie supérieure du larynx, il faut chercher à

l'inciser, quand même le diagnostic ne serait pas parfaitement établi; car, en supposant même qu'il s'agisse de l'œdème de la glotte, nous avons vu, dans l'article consacré à cette maladie, que les scarifications peuvent être avantageuses dans son traitement (tome II, p. 501).

Enfin, si ces moyens ne suffisaient pas, il faudrait avoir recours à la *trachéotomie*. Dans le cas observé par M. Ballot, c'est la simple *incision de la membrane crico-thyroïdienne* qui fut pratiquée, et ce fut une nouvelle preuve de l'insuffisance de cette opération, car, la canule s'étant déplacée, le malade périt asphyxié. On l'eût, sans doute, beaucoup plus facilement maintenue, et la respiration artificielle eût été plus complète, si l'on eût pratiqué, soit la *trachéotomie*, soit la *laryngo-trachéotomie*.

Nous renvoyons pour ces opérations à ce qui a été dit dans l'histoire des diverses *laryngites*, et nous ne multiplierons pas davantage les détails de ce traitement, qui n'offre, comme on le voit, rien de particulier. Nous ajouterons seulement qu'après l'ouverture des abcès, les *gargarismes émollients* et *détersifs* devront être mis en usage.

## ARTICLE III.

### PHARYNGITE SIMPLE CHRONIQUE.

Ce que nous avons à dire de la pharyngite simple chronique se rapporte presque exclusivement à la pharyngite tonsillaire; les autres espèces sont plus rares, et ne sont considérées comme une véritable maladie que dans des cas particuliers: aussi les exposerons-nous en peu de mots.

#### PREMIÈRE ESPÈCE : *Pharyngite gutturale chronique.*

La *pharyngite gutturale chronique* se montre ordinairement à un degré très léger. On l'a divisée en *primitive* et en *consécutive*.

*Causes.* — Le plus ordinairement elle a lieu *dans le cours de l'hiver*, et est incessamment entretenue par les causes qui l'ont produite, telles que le *froid humide*, les *efforts considérables de la voix*, les *excès*.

M. le docteur Lizé (1) cite une observation de pharyngite granuleuse, non liée à l'état syphilitique, survenue chez un homme *à la suite de la disparition d'une dartre* du conduit auditif.

*Symptômes.* — Les *symptômes* auxquels elle donne lieu sont : un état de *gêne* permanent vers l'isthme du gosier; une continuelle tendance à rejeter par *exscréation* les mucosités abondantes qui couvrent les parties malades; un *relâchement* plus ou moins considérable des tissus, qui, selon Bennati (voy. tome II), *Laryngite chronique*), rend moins efficaces les contractions musculaires; un *allongement* plus ou moins marqué *de la luette*, qui irrite la base de la langue; enfin une *rougeur* pâle, diffuse, qui occupe le voile du palais, ses piliers et une partie du palais lui-même.

Quelques auteurs assurent avoir vu sur les parties enflammées des vésicules qui se dessinent sous la muqueuse, dont la couleur est parfois violacée. Chez quelques sujets, on remarque, sur l'isthme du gosier, des *taches foncées*, *livides*. Ordinaire-

(1) *Union médicale*, 24 mai 1851.

ment on trouve les *cryptes muqueux* du pharynx très volumineux pour la plupart, et un peu plus rouges qu'à l'état normal. Enfin, on a cité des cas où il existait de petites *granulations* et des *plaques rouges*, disséminées sur toute la surface enflammée.

Une *altération* plus ou moins marquée des *sons*, et surtout des sons aigus dans le chant ; une fatigue plus ou moins considérable dans l'acte de parler et de chanter, sont des signes sur lesquels Bennati a principalement insisté.

Par moments, soit que le malade ait fait un excès, soit qu'il ait été exposé à quelques variations de température, soit sans cause connue, ces symptômes augmentent, et il peut y avoir un véritable *enrouement*. Ces signes sont ordinairement plus marqués le matin, et les mucosités sécrétées sont alors plus abondantes. Ces mucosités ont souvent un aspect *purulent* qui inquiète beaucoup les malades et leur fait craindre une affection grave.

Il n'est pas démontré que cette maladie s'accompagne de symptômes généraux, à moins qu'elle ne revienne momentanément à l'état aigu, ou qu'elle soit symptomatique d'une affection plus grave, d'une maladie organique du poumon, par exemple.

*Traitement.* — Le *traitement* proposé contre cette affection légère se compose des topiques directs. On sait que Bennati regardait comme très efficace l'emploi de l'*alun* en gargarismes (1).

℞ Extrait de belladone......... 0,6 gr. | Alcool camphré................ 125 g.

Cette substance peut être encore appliquée en poudre, suivant le procédé employé par M. Velpeau.

Une légère *cautérisation* avec le *nitrate d'argent sec*, et mieux à l'aide d'une *solution de ce sel* portée sur les parties à l'aide d'une éponge fixée sur un petit bâton ; les gargarismes avec le *sirop de mûres*, d'*erysimum ;* les divers *acidules*, sont aussi mis en usage. Quant aux *pédiluves*, aux *manuluves sinapisés*, aux *frictions excitantes* sur les parties latérales du cou, leur efficacité n'est pas démontrée.

M. Schallenburg (2) a employé sur lui-même un *emplâtre agglutinatif*, *saupoudré de tartre stibié*, et placé entre les épaules. Au bout de quarante-huit heures, il a éprouvé de l'amélioration, et les effets définitifs du médicament ont été très avantageux.

Dans le cas cité par M. Lizé, les purgatifs, les vésicatoires, la cautérisation par le nitrate d'argent, et les préparations sulfureuses, n'amenèrent qu'une amélioration passagère.

En somme, les topiques que nous venons d'indiquer, la soustraction des sujets aux diverses causes qui ont produit la maladie, le *repos de l'organe*, une douce chaleur entretenue autour du cou, suffisent pour faire disparaître cette incommodité, qu'on n'est guère appelé à traiter que chez ceux qui ont besoin de toute l'intégrité de leur voix, comme les chanteurs, les orateurs, etc. Cependant, lorsqu'il existe une expectoration puriforme, l'affection inquiète beaucoup les malades et demande un peu plus d'attention de la part du médecin. Alors les *fumigations*

(1) Voy. pour son application, tome II, p. 374, *Laryngite chronique.*
(2) *Chir. viert. Schr.*, 1849.

*narcotiques*, si la gêne est grande, et par-dessus tout les *eaux minérales sulfureuses*, seront employées avec avantage, comme dans la *laryngite chronique* (voy. tome II).

### DEUXIÈME ESPÈCE : *Pharyngite tonsillaire chronique.*

Cette affection est presque toujours le résultat d'un nombre plus ou moins considérable d'attaques de pharyngite tonsillaire aiguë. Le gonflement des amygdales est la seule circonstance qui la fasse différer sensiblement de la précédente.

A chacune des attaques d'amygdalite aiguë, la glande, qui a subi une grande augmentation de volume, la conserve en partie, quoique tous les autres symptômes disparaissent, de telle sorte qu'au bout d'un certain temps les tonsilles font une saillie considérable en dedans des piliers du voile du palais, et se rapprochent de la ligne médiane, au point de venir presque au contact. Lorsqu'il en est ainsi, on peut regarder cet état organique comme étant plutôt le résultat que le signe même de l'inflammation. Cette manière de voir nous paraît juste, et peut-être conviendrait-il de présenter dans un article à part cette espèce d'hypertrophie des amygdales due à des inflammations antérieures; mais aucun travail spécial n'ayant été fait sur ce point, nous devons, pour nous conformer à l'usage, décrire à la fois, et l'inflammation chronique et ses conséquences.

Il résulte de l'état que nous venons de décrire, la *sensation* plus ou moins incommode d'un *corps étranger* dans la gorge, avec une *gêne* de la respiration qui n'est un peu notable que dans quelques cas. La *voix* est nasonnée; parfois la *prononciation* est difficile, et l'on a remarqué que l'*haleine* prenait, chez quelques sujets, une odeur désagréable, surtout le matin. Les *concrétions* qui se forment dans les lacunes agrandies sont la cause de ce dernier symptôme.

Si l'on examine le gosier, on voit la *saillie* plus ou moins considérable des amygdales. Ces glandes ont une couleur rouge, peu intense, mais quelquefois elles se présentent *sans rougeur marquée*, ou même avec une *pâleur* notable. Elles sont irrégulières; elles présentent des saillies et des enfoncements alternatifs. Fréquemment, dans ces enfoncements qui ne sont autre chose que les lacunes, on voit les *concrétions* dont nous venons de parler, et qui sont le produit des follicules enflammés. Ces concrétions sont d'un blanc mat ou sale, irrégulières. On peut les détacher avec une pince. Par leur séjour, elles contractent une fétidité particulière qui influe sur l'haleine, comme nous l'avons déjà fait remarquer.

La *dureté* acquise par les tumeurs est quelquefois considérable, et nul doute que ce ne soit dans des cas semblables qu'on a cru quelquefois reconnaître l'induration squirrheuse des tonsilles.

Pour compléter le tableau de cette affection, qui ne donne pas lieu à des symptômes généraux, il suffit d'ajouter que l'isthme du gosier est couvert, sinon toujours, du moins dans de certaines circonstances, de mucosités épaisses, difficiles à détacher, et rejetées par exscréation avec les concrétions dont il vient d'être parlé.

Quant à l'*enrouement*, aux altérations diverses des sons, ils sont les mêmes que dans la pharyngite gutturale, à laquelle ils peuvent même être attribués en partie;

car il n'est pas rare de voir l'inflammation chronique s'étendre au voile du palais et à ses piliers.

Nous ne parlerons point ici du *diagnostic* de cette affection, qui est très facile dans l'immense majorité des cas; nous dirons seulement un mot à l'occasion du *cancer du pharynx*, maladie rare, comme on le verra plus loin.

Nous ne reviendrons pas non plus sur le *traitement* qui a été indiqué à l'occasion de l'espèce précédente. Nous nous bornerons à exposer succinctement les opérations qui se pratiquent en pareil cas.

Lorsque les amygdales sont gonflées au point de gêner la déglutition et la respiration, ou lorsque, chez des sujets qui ont besoin de toute l'intégrité de leur voix, celle-ci est considérablement altérée, on a recours à divers moyens pour réduire la glande à son volume ordinaire. Avant Moscati et Museux, on se bornait le plus souvent à la *cautérisation* des amygdales, et quelquefois *on les liait comme des polypes*. Cependant on trouve dans Celse un passage qui prouve que de son temps l'*excision* était déjà pratiquée.

La cautérisation soit avec les *caustiques liquides*, soit avec les *caustiques secs*, soit avec le *cautère actuel*, est généralement abandonnée. La difficulté de borner l'action de ces agents, et leur inefficacité lorsque la cautérisation est légère, y ont fait renoncer. On a de même abandonné la *ligature*, qui est difficile, et qui peut occasionner une inflammation très vive et une suppuration très abondante.

Aujourd'hui, c'est l'excision qui est le plus communément pratiquée. Boyer (1) a fort bien exposé la manière dont on y doit procéder, et comme on n'a point, depuis, modifié notablement ses préceptes, c'est sa description que nous allons suivre. Pour pratiquer l'excision, on procède de la manière suivante :

### EXCISION DES AMYGDALES.

On prend une érigne de Museux, soit une érigne simple, soit préférablement une érigne double, et un bistouri dont la lame a 9 centimètres de longueur et 6 millimètres environ de largeur. Son tranchant s'étend jusqu'à la pointe, qui est terminée par un petit bouton, pour ne pas blesser la paroi postérieure du pharynx. Pour fixer la lame sur le manche, on l'entoure d'une bandelette de linge, qui sert aussi à couvrir le tranchant jusqu'à environ 40 millimètres de la pointe. Le crochet de l'érigne doit être assez grand pour pénétrer dans les trois quarts de l'épaisseur de la glande.

Le malade est assis sur une chaise vis-à-vis d'une fenêtre, afin d'éclairer autant que possible l'arrière-bouche; on le fait gargariser et cracher pour nettoyer les parties. Sa tête est renversée et maintenue sur la poitrine d'un aide. On place entre les dents molaires un corps dur, tel qu'un coin de bois. Un aide, placé du côté opposé à celui sur lequel on opère, abaisse la langue avec le doigt indicateur, qui ne doit pas être porté trop près de la base de cet organe, de crainte d'exciter des envies de vomir. L'opérateur, situé vis-à-vis du malade et un peu de côté, accroche la glande dans sa partie moyenne et postérieure avec l'érigne qu'il tient de la main gauche, pour le côté gauche, et de la main droite pour le côté droit; de

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. VI.

l'autre main il prend le bistouri, qu'il porte à plat entre la langue et la partie inférieure de la tumeur, le dos du bistouri tourné vers les piliers du voile du palais, et l'enfonce jusqu'à la partie postérieure du pharynx; ensuite il tourne le tranchant en haut, et tirant l'instrument à soi pour le faire agir en sciant, il coupe de bas en haut la moitié inférieure de la base de la tumeur. Aussitôt il porte l'instrument entre le voile du palais et la tumeur, avec les mêmes précautions qu'il a prises pour le bas, et il coupe de haut en bas le reste de la glande.

Il est un instrument ingénieux et utile surtout chez les enfants, c'est le tonsillotome de Fahnestock (1), modifié par M. Velpeau. Il se compose d'une espèce de guillotine dans laquelle on engage l'amygdale ; une pointe en fer de lance, terminant la tige, sert à fixer l'organe que l'on excise en tirant à soi la lame tranchante.

« Le malade étant assis sur une chaise ou debout, en face d'une croisée, la tête maintenue par un aide, on fait ouvrir la bouche, le chirurgien introduit le tonsillotome à plat, et s'en sert pour déprimer la base de la langue; puis le conduit sur l'amygdale. Lorsque celle-ci est placée au milieu de l'anneau, il fait glisser dans son tissu le double crochet en poussant la tige qui le supporte. L'organe ainsi fixé, le chirurgien pèse sur l'extrémité de la tige qu'il vient de pousser, la fait basculer et dégage l'amygdale d'entre les piliers du voile du palais autant qu'il le veut; de l'autre main, il tire la tige qui supporte l'anneau tranchant. On retire alors le tonsillotome avec la masse excisée qui reste embrochée par le double crochet. »

Un des accidents les plus graves à redouter dans cette opération, et dont les chirurgiens rapportent des exemples, est l'*hémorrhagie foudroyante*, causée par la lésion de l'artère carotide, si voisine de la face externe de la glande : aussi faut-il bien se garder de chercher à enlever l'amygdale tout entière. *Il suffit toujours d'en retrancher les deux tiers*, pour qu'elle soit réduite par la suite à un volume moins grand qu'à l'état normal.

Quant à l'*hémorrhagie*, qui est la conséquence naturelle de l'excision de l'amygdale, elle n'est pas ordinairement à craindre. Cependant elle peut quelquefois être grave, comme M. Vidal (de Cassis) (2) en rapporte un exemple qui lui est propre. En pareil cas, on parviendrait à l'arrêter en faisant tenir constamment au malade de la *glace dans la bouche* : moyen qui fut employé par M. Vidal. Si elle résistait, on aurait recours à l'application de l'*eau de Rabel*, ou d'une dissolution de *sulfate de cuivre*, ou même à l'*application du fer rouge*, suivant M. Boyer.

M. Chassaignac (3) a, dans un cas de ce genre, employé avec succès un *fragment de glace* porté directement, avec une pince de Museux, sur le point d'où partait le sang.

M. le docteur Hatin (4) a arrêté une hémorrhagie semblable *en comprimant l'amygdale* entre les deux extrémités des branches d'une longue pince; l'interne, garnie d'amadou, et imprégnée de substances astringentes portant directement sur la surface saignante; l'autre, garnie de linge, portant au-dessous de la mâchoire inférieure, au niveau de l'amygdale.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 30 octobre 1851 (*Note sur l'emploi du tonsillotome de Fahnestock*, gr[illegible]
(2) *Traité d*[illegible] *xterne*. Paris, 1855, t. III, p. 610.
(3) *Gaze*[illegible] 1847.
*Abe*[illegible] 1848.

M. Gensoul (1) a toujours réussi à arrêter cette hémorrhagie par la *compression de la carotide.*

La légère inflammation qui survient après l'opération est facilement domptée par les *gargarismes émollients*, par l'*eau d'orge miellée* : les moyens les plus simples, en un mot.

Quelques auteurs ont proposé de remplacer l'excision de la glande par de simples *scarifications;* mais cette opération est ordinairement inefficace, et elle peut être dangereuse.

D'autres, craignant les accidents qui viennent d'être mentionnés, ont pensé qu'il suffirait *de déchirer et d'arracher des portions de la glande* à l'aide des pinces de Museux ; mais ce moyen a été pratiqué un très petit nombre de fois, et n'est point généralement adopté.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces détails purement chirurgicaux, renvoyant, pour des renseignements plus étendus, aux traités de pathologie externe et de médecine opératoire.

TROISIÈME ESPÈCE : *Inflammation chronique de la partie inférieure du pharynx.*

Enfin, nous n'avons plus qu'un mot à dire de la pharyngite chronique qui affecte les parties reculées du pharynx. Cette maladie, infiniment plus rare que toutes les autres, s'en distingue par la gêne plus grande de la déglutition et l'altération moins profonde de la voix. Les moyens de traitement dirigés contre l'angine gutturale lui sont applicables ; seulement c'est à l'aide de gargarismes qu'on doit les diriger vers les parties malades ; ou, si l'on veut pratiquer la cautérisation directe, il faut y porter le caustique à l'aide de la tige de baleine et de la petite éponge dont se sert M. Trousseau (2).

## ARTICLE IV.

### ANGINE GLANDULEUSE.

[Nous donnons, d'après Gueneau de Mussy, et en citant de nombreux passages de son excellent livre (2), une description de cette maladie qui n'a été étudiée avec soin que depuis peu de temps, et dont il n'était pas encore fait mention dans les précédentes éditions de cet ouvrage.

#### § I. — Définition, synonymie, historique.

L'*angine glanduleuse*, appelée encore *angine granuleuse* par le professeur Chomel, *pharyngite glanduleuse* (docteur Baron, thèse pour le doctorat, 1851), *angine papillaire, laryngite chronique, mal de gorge des ecclésiastiques* (*clergymen's sore throat*) *chronic bronchitis, maladie des follicules de la membrane pharyngo-laryngienne, follicular disease of the pharyngo-laryngeal membrane* (docteur Green), est une affection très commune, et sur laquelle on ne trouve cependant,

(1) *Revue médico-chirurgicale*, avril 1848.
(2) Voy. tome II, p. 360, article *Laryngite chronique*.
(3) *Traité de l'angine glanduleuse*. Paris, 1857.

dans la science, que des indications très rares et peu précises, avant ces dix dernières années.

Elle est caractérisée par une altération de la voix, continue ou intermittente, par un besoin fréquent de faire une expiration brusque et bruyante, pour débarrasser le larynx d'un obstacle qui s'oppose au libre exercice de ses fonctions, et enfin par le développement morbide des glandules du pharynx, du larynx et du voile du palais, faisant saillie à la surface de la membrane muqueuse et formant des granulations de volume et de configuration divers. J'ajouterai, comme dernier trait à ce tableau, la connexion très fréquente de cette maladie avec la diathèse herpétique.

*Historique.* — Le professeur Chomel a le premier décrit cette maladie, en 1846, dans ses leçons cliniques (1). La même année, M. Horace Green publia une monographie sur le même sujet (2). C'est à ces deux sources qu'il faut puiser pour trouver des notions exactes sur l'angine granuleuse qui avait été signalée par plusieurs auteurs anciens et modernes, mais non décrite avec cette netteté et cette précision qui peuvent seule assurer le succès durable d'une description nosographique. On trouve, dans l'excellente monographie de Gueneau de Mussy, un chapitre très complet consacré aux recherches bibliographiques sur cette question (*loc. cit.*). Il nous suffira de citer les auteurs suivants : Trousseau et Belloc, le docteur Baron fils, les docteurs Hastings, Stokes, Cusak, Lee, etc.

### § II. — Siége.

Le *siége* de l'affection est dans les glandules du voile du palais, du pharynx et du larynx. L'appareil sécréteur des muqueuses de la partie supérieure des voies digestives et aériennes est constitué par des glandules en grappe. Sur les parties latérales et postérieures de la langue, il existe des follicules. Les glandules tapissent toute la partie postérieure de la voûte palatine et du voile du palais. Elles sont surtout abondantes à la partie postérieure et supérieure du pharynx (arrière-cavité des fosses nasales), principalement au voisinage de l'embouchure des trompes d'Eustachi. Ces mêmes glandules existent en grand nombre sur l'épiglotte et dans la muqueuse qui tapisse les ventricules du larynx. (Voyez pour plus de détails, le *Traité d'anatomie* du docteur Sappey.)

### § III. — Causes.

1° *Prédisposantes. Sexe.* — D'après les observations recueillies directement ou analysées par Gueneau de Mussy les hommes seraient plus souvent atteints de cette maladie que les femmes.

*Age.* — Cette maladie est observée le plus souvent de 25 à 35 ans d'après M. Green ; cependant Gueneau de Mussy en a rencontré quelques cas chez des enfants au-dessous de 15 ans.

*Hérédité.* — L'hérédité paraît jouer un rôle considérable dans la production de la maladie.

(1) *Gazette médicale.* Paris, 1846.
(2) *A treatise on diseases of the air passages*, etc. New-York, 1846.

*Diathèse herpétique.* — Gueneau de Mussy insiste beaucoup sur l'influence que la disposition dartreuse paraît avoir sur le développement de l'angine granuleuse. Ce rapprochement avait déjà été fait par Chomel. Parmi les affections cutanées qui précèdent ou accompagnent cette maladie, il faut noter l'acmé, le pityriasis, le lichen, l'eczéma, le psoriasis, l'ecthyma, l'herpès. Quelquefois la disparition d'une éruption de cette nature a coïncidé d'une façon remarquable avec l'apparition de l'angine glanduleuse. La blépharite ciliaire a aussi été fréquemment observée en pareil cas.

*Climat.* — On ne saurait déterminer exactement quels sont les climats qui exercent une action spéciale sur la production de l'angine granuleuse; on peut dire cependant, d'une façon générale, que cette maladie se montre surtout dans les conditions climatériques favorables au développement des affections catarrhales des voies respiratoires.

*Professions.* — Chomel avait signalé l'influence des professions qui nécessitent un usage forcé de la voix. M. Green a insisté encore plus sur ce point, en signalant les ministres protestants comme plus habituellement atteints de cette maladie que les personnes exerçant toute autre profession, ce qu'il attribue à ce que ces ecclésiastiques sont obligés le dimanche de faire un usage immodéré de la parole, alors qu'ils ont peu parlé dans la semaine. Les avocats, les professeurs, les chanteurs, les crieurs publics, sont très exposés à cette maladie.

*Maladies antérieures.* — Les maladies qui prédisposent le plus à l'angine granuleuse sont toutes les angines, celles qui accompagnent les fièvres éruptives, l'amygdalite chronique, le coryza, etc.

*Tabac.* — Gueneau de Mussy signale l'usage du tabac fumé et prisé comme une cause prédisposante de l'angine granuleuse.

### § IV. — Symptômes, marche.

L'angine glanduleuse est une maladie essentiellement chronique. On la reconnaît rarement à son début, et elle n'existe véritablement que du jour où par suite d'une durée déjà longue, continue ou rémittente, elle a produit des altérations assez notables des glandules des premières voies.

Les premières manifestations sont le plus souvent des coryzas répétés avec enrouement, des bronchites. Il y a une sensation de chatouillement, d'embarras dans la gorge, avec efforts d'expuition, reniflement, bruit sec et rude par suite des tentatives que fait le malade pour débarrasser le pharynx de la gêne qu'il y éprouve. Quelquefois il y a un peu de douleur en avalant.

La voix trahit, par son altération, la maladie, dès le début; il y a enrouement; le timbre se voile; certaines notes, principalement dans le médium, deviennent faibles ou font tout à fait défaut. Les malades toussent peu, à cette période. Les expectorations consistent dans de petits amas de mucus perlé, opalin, grisâtre, quelquefois de couleur ambrée.

Dans certains cas les expectorations contiennent un peu de sang. L'isthme du gosier, le voile du palais, le pharynx, présentent une couleur d'un rouge vif, une injection notable, uniforme ou pointillée.

La luette est surtout remarquable par son développement et par son aspect granuleux. Elle est souvent infiltrée et comme transparente sur les bords. Les amyg-

dales ne sont pas généralement très tuméfiées; elles présentent aussi l'aspect granuleux. Le pharynx présente surtout des altérations marquées; il est rouge injecté; les granulations s'y montrent sous forme de groupes irrégulièrement arrondis ayant le volume d'un grain de millet ou même d'une lentille, soit régulièrement disposés et à des intervalles presque égaux, soit irréguliers et de forme et de grandeur variables. C'est généralement en arrière des piliers et sur les côtés du pharynx que ces agglomérations sont le plus considérables. Leur couleur est rouge foncé ou jaunâtre; on voit souvent du sommet de ces granulations s'écouler un liquide épais, comme puriforme. Les vaisseaux de la muqueuse sont généralement très accrus et comme variqueux.

L'examen direct ne permet pas d'apercevoir les granulations existant plus profondément, mais l'étude des symptômes démontre qu'elles s'étendent jusqu'au larynx dans quelques cas.

*Deuxième période.* — La maladie n'atteint pas nécessairement la deuxième période; elle peut être enrayée ou guérie, mais le plus souvent elle suit ses périodes et passe par tous les degrés. L'altération de la voix devient de plus en plus marquée; l'émission des sons devient même une préoccupation pour les malades qui n'ont plus de confiance et perdent le sentiment et la mesure des efforts qu'ils doivent faire pour produire des sons nets ou suffisamment forts. Une sensation de corps étranger dans la gorge se produit souvent; il semble qu'on ait avalé un cheveu. C'est une sensation analogue à celle qui est connue sous le nom d'œsophagisme, et à celle qu'on appelle sensation de gravier dans l'œil. Les malades font très souvent effort pour débarrasser la gorge, effort qui se traduit par ce son que l'on exprime à l'aide du mot *hem* (en anglais, *to hem*). Quelquefois il s'y joint une toux qui se montre sous forme de quintes. Cette toux est rude. Les crachats sont visqueux, et ressemblent à de l'amidon cuit. Gueneau de Mussy a plusieurs fois observé chez ces malades des expectorations contenant des concrétions demi-solides, cylindriques, longues de 1 centimètre et plus, vertes, qui sont projetées avec force dans une quinte de toux, après une angoisse, une gêne de la respiration très marquée, et qui paraissent provenir des ventricules du larynx. Le plus souvent il y a un sentiment de gêne et de tension dans l'arrière-gorge, et parfois la déglutition est difficile et douloureuse. On voit dans quelques cas se produire une demi-surdité dont la cause est l'inflammation de la trompe d'Eustachi, et une diminution de la faculté olfactive qu'explique bien le coryza chronique.

### § V. — Lésions anatomiques.

*Amygdales.* — Elles sont quelquefois altérées dans leur forme ou dans leur structure; on y rencontre des concrétions calcaires qui remplissent les cryptes.

*Luette.* — Le volume de la luette est accru; elle est infiltrée, granuleuse, rouge et beaucoup plus vasculaire qu'à l'état normal. Elle ne conserve pas toujours intacte sa contractilité, et dans un bon nombre de cas elle se paralyse. Il en est de même d'une partie du voile du palais. Cette circonstance influe nécessairement sur les fonctions de l'arrière-gorge et explique la gêne de la déglutition et de l'expuition.

La luette acquiert parfois un volume tellement considérable, qu'il y a gêne

extrême et comme menace de suffocation ; la résection ou la cautérisation de cet appendice deviennent alors nécessaires. Ce développement énorme de la luette (on l'a vue atteindre jusqu'à la longueur de 2 pouces) est cause également de nausées et de vomissements, et provoque des quintes de toux très pénibles.

*Pharynx. État de la membrane muqueuse et des glandules.*—Une rougeur marquée se montre autour des glandules hypertrophiées. Celles-ci se présentent avec une coloration d'un rouge brun, ou au contraire avec la couleur jaune, et leur orifice ouvert laisse écouler un mucus épais puriforme. C'est à tort, suivant Gueneau de Mussy, qu'on a décrit des ulcérations du pharynx en pareil cas ; ces lésions n'existent que dans les affections tuberculeuses et syphilitiques.

*Épiglotte.* — Des lésions analogues, mais moins marquées, se produisent sur l'épiglotte.

### § VI. — Pronostic.

L'angine granuleuse peut s'arrêter avant de passer à la deuxième période ; le plus souvent elle passe à l'état chronique. Il en résulte une gêne de la voix dont les conséquences sociales sont des plus fâcheuses pour toutes les personnes dont la profession exige impérieusement l'usage habituel de la voix. En outre il y a une altération des fonctions digestives, une dyspepsie qui peut être portée assez loin, et surtout un état d'hypochondrie et de tristesse très marqué. Ce que deviennent en définitive ces malades, les auteurs ne nous l'apprennent pas. Quelques-uns sont prédestinés à la phthisie pulmonaire, d'autres succombent à quelques complications. Pour le plus grand nombre, la maladie paraît être une infirmité dont on ne peut prévoir ni les conséquences ni la durée.

### § VII. — Traitement.

*Moyens hygiéniques.* — Un air pur et réparateur est le premier de tous les remèdes. Aussi conseille-t-on l'habitation dans un pays montagneux où l'air ne soit pas trop froid. Un régime *tonique* et *non excitant* doit être prescrit. Pour Gueneau de Mussy le meilleur milieu où l'on puisse placer ces malades est la partie de la France qui avoisine l'Espagne (Pyrénées).

*Médication sulfureuse.* — La médication sulfureuse, en produisant une excitation à la peau, en rendant la transpiration plus abondante, en produisant parfois des éruptions, exerce une action révulsive favorable à la guérison de l'angine glanduleuse. Prises à l'intérieur, les eaux sulfureuses produisent une stimulation dont les effets heureux se font assez rapidement sentir. Gueneau de Mussy recommande surtout l'usage de l'eau-bonne. On en fait prendre au malade successivement deux, trois et quatre verres par jour. La durée du traitement thermal est fixée à vingt à trente jours qui constituent une *saison*.

Deux saisons sont en général nécessaires. Pendant ce temps les malades sont soumis à un régime adoucissant dont le laitage est la partie principale.

Gueneau de Mussy recommande le gargarisme suivant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Émulsion d'amandes........ | 200 gram. | Eau de laurier-cerise........ | 6 gram. |
| Sirop diacode.............. | 30 gram. | | |

ou bien :

| | |
|---|---|
| Décoction de têtes de pavot... 200 gram. | Teinture d'iode............ 1 gram. |
| Sirop de mûres............ 30 gram. | Iodure de potassium........ 0,10 gram. |

On est quelquefois obligé d'envoyer les malades aux eaux deux années de suite.

Le docteur Green a proposé l'emploi des mercuriaux :

| | |
|---|---|
| Extrait de ciguë............. 2 gram. | Deutochlorure de mercure... 0,20 gram. |

Pour vingt pilules, faites-en prendre deux chaque jour.

M. Trousseau et M. Green recommandent l'usage de l'iodure de potassium comme activant la sécrétion et rendant l'expectoration plus facile :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium.......... 8 gram. | Eau.................... 125 gram. |

Prendre trois fois par jour une cuillerée à café de cette solution.

*Chlorhydrate d'ammoniaque.* — Le docteur Green emploiee les pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate d'ammoniaque..... 2 gram. | Poudre de digitale......... 1 gram. |
| Poudre de scille.............. 1 gram. | Opium.................. 0,50 gram. |

Pour trente pilules : en prendre trois par jour.

*Médication topique.* — Le docteur Green recommande de toucher les granulations avec une solution de nitrate d'argent ou avec la teinture d'iode. Gueneau de Mussy propose l'emploi de poudres insufflées par le procédé de MM. Bretonneau et Trousseau.

Les substances qui conviendraient le mieux seraient le calomel et l'alun porphyrisé. ]

## ARTICLE V.

### PHARYNGITE SYPHILITIQUE NON ULCÉREUSE.

Nous croyons devoir dire un mot de cette affection, qui n'a appelé qu'en passant l'attention des auteurs, et qui cependant mérite d'être connue. M. A. Cazenave (1) a décrit, sous le nom d'*angine syphilitique*, un accident consécutif des maladies vénériennes qui, bien qu'en grande partie semblable à la pharyngite chronique simple dont nous venons de tracer l'histoire, présente quelques particularités intéressantes. C'est à cet auteur qu'il convient d'emprunter les principaux traits du tableau suivant.

*Première forme* (*érythémateuse*). — « C'est la plus fréquente, soit, dit M. Cazenave, qu'elle accompagne une syphilide primitive, soit qu'elle complique une syphilide secondaire, soit que, succédant à l'une ou à l'autre, elle persiste seule avec une opiniâtreté souvent désolante.

» Cette forme, continue M. Cazenave, consiste dans une *rougeur érythémateuse*

(1) *Traité des syphilides*. Paris, 1843.

n aspect *violacé*, accompagnée d'un *gonflement* très léger des parois du phaix, qui sont sèches, luisantes, *comme tendues.* La *déglutition* est difficile, iloureuse, au moins dans les premiers moments. Le malade se plaint constamnt de la *sécheresse* de la gorge. C'est surtout le matin, au réveil, que cet état est le plus pénible. Si l'on examine avec attention l'arrière-bouche, on ne voit re chose qu'une *injection* particulière répandue inégalement par bandes, et s appréciable surtout le long des piliers et autour du voile du palais. »

On voit, par cette description, en quoi cette forme de la pharyngite chronique ère, et en quoi elle se rapproche de la *pharyngite chronique simple.* Un peu is de sécheresse peut-être, la rougeur sous forme de bandes, l'aspect luisant de muqueuse, sont les principales nuances que nous devons signaler. Il en résulte e si l'on n'avait pas pour se guider d'autres symptômes, tels que ceux qui partiennent aux diverses syphilides, et si l'on manquait de renseignements, on urrait être embarrassé dans le diagnostic. Toutefois, si l'on réfléchit que la pha- ngite chronique un peu intense et occupant une grande étendue est très souvent oduite par le virus syphilitique, on aura une raison de plus pour croire à la écificité de la maladie.

*Deuxième forme* (*granuleuse*). — « Quelquefois, dit encore M. Cazenave, la iqueuse, surtout à la paroi postérieure du pharynx, se recouvre de *petites tumeurs* mme granuleuses tout à fait indolentes, ne dépassant pas le volume d'un petit is et à forme arrondie. Ces tumeurs viennent encore ajouter par leur présence x difficultés de la déglutition. »

*Troisième forme.* — Voici encore une autre forme signalée par M. Cazenave : Dans d'autres circonstances, analogues d'ailleurs, dit-il, la muqueuse ne préite pas seulement l'injection caractéristique, mais il semble qu'elle soit soulevée gèrement dans quelques points par un liquide qui lui fait perdre sa transparence. en résulte de *petits disques* ou plutôt des portions de disque, chose remarable, toujours très exactement arrondis, où la muqueuse offre une teinte opac qui pourrait échapper à un examen superficiel, et que l'on distingue parfaiment en examinant avec attention les piliers du voile du palais et la luette, qui mblent en être les siéges de prédilection. »

Dans cette forme, nous trouvons quelque chose de particulier; car si l'on peut pporter à l'aspect vésiculaire signalé dans quelques cas de *pharyngite chronique nple* cet état de la muqueuse qui la fait paraître soulevée par un liquide, on ne ut s'empêcher de reconnaître, dans l'état actuel de la science du moins, que les igments de disque à forme arrondie appartiennent en propre à la pharyngite ironique syphilitique.

*Quatrième forme.* — Une dernière forme, qu'on peut regarder comme une agération de la précédente, est encore signalée par M. Cazenave; mais elle a bien us fréquemment pour siége les parois de la bouche et la surface de la langue que pharynx. Voici comment elle est décrite par l'auteur auquel nous empruntons ces tails : « Enfin, chez quelques malades, les *plaques* de la muqueuse sont plus illantes; il semble que ce soit une pseudo-membrane toujours en *forme d'anau,* à bords larges, à centre sain. Cette éruption se présente sous forme de isques tout à fait blancs et épais. Les anneaux ont d'ailleurs une étendue très iriable, suivant leur siége. »

Pour achever de faire connaître ce que l'observation a appris à ce sujet à M. Cazenave, nous terminons par la citation suivante : « Ces diverses variétés de l'inflammation de la muqueuse de l'arrière-bouche existent le plus souvent à l'état secondaire. Elles accompagnent presque toujours une *syphilide*, sans qu'il y ait d'ailleurs de rapports fixes et absolus entre elles et telle ou telle forme des éruptions vénériennes. »

Tous ces détails nous ont paru intéressants à connaître, attendu que le praticien qui peut avoir à se prononcer sur la nature d'une pharyngite chronique doit tenir compte des moindres nuances et de toutes les circonstances. C'est surtout dans l'état local qu'il puisera les éléments de son *diagnostic*, et c'est pourquoi nous ne décrirons pas les autres symptômes, qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la pharyngite chronique simple.

Quant au *traitement*, sauf les *fumigations narcotiques*, et quelquefois *excitantes*, il ne diffère pas de celui qui est mis en usage dans la *pharyngite syphilitique ulcéreuse* dont nous ferons plus loin l'histoire, et à laquelle il suffit de renvoyer le lecteur.

## ARTICLE VI.

### PHARYNGITE PULTACÉE.

Il existe une très grande confusion dans les auteurs anciens au sujet des angines qui sont remarquables par leur violence, par l'apparition de divers produits morbides, ou par la nature gangréneuse de l'inflammation. Ces affections ont été réunies dans les descriptions générales, sous le nom d'*angine maligne*, et il est extrêmement difficile de reconnaître ce qui appartient à chacune d'elles. C'est, comme nous l'avons dit dans l'article *Croup* (voy. tome II, p. 40), M. Bretonneau qui a le premier porté un diagnostic précis sur ces maladies dans lesquelles les points de ressemblance sont si nombreux; aussi, depuis l'apparition de son ouvrage (1), leur histoire a-t-elle acquis un haut degré de clarté. Mais en revanche, et par un excès opposé à celui dans lequel les anciens étaient tombés, on n'a plus voulu admettre dans l'immense majorité des cas qu'une seule espèce d'angine maligne : celle qui est caractérisée par la production membraneuse diphthéritique. Voyons à cet égard ce que nous apprennent les faits.

En parcourant attentivement les principaux traités sur ce sujet : Ghisi (2), Huxham (3), Chomel (4), Fothergill (5), Samuel Bard (6), on voit que ces auteurs ont traité de deux maladies qui, dans presque tous les cas, présentent des différences remarquables, et c'est ce qui a autorisé M. Bretonneau à distinguer deux espèces d'angines avec productions pseudo-membraneuses : l'une qui se montre dans le cours de la scarlatine ; l'autre qui apparaît avec ou sans éruption

(1) *Traité de diphthérite*, 182.
(2) *Lettere mediche*. Cremona, 1749, t. II.
(3) *Essai sur les fièvres, suivi d'un mémoire sur les maux de gorge avec ulcère malin*. Paris, 1764, p. 428.
(4) *Dissert. histo. sur l'espèce de mal de gorge gangrén.*, etc. Paris, 1759.
(5) *Description du mal de gorge accompagné d'ulcère, etc.*, trad. de la Chapelle. Paris. 1789.
(6) *Recherches sur la nature, la cause et le traitement du croup, ou angine suffocante*, trad. par Ruette. Paris, 1810.

de la peau. C'est à la dernière qu'il a donné exclusivement le nom d'*angine diphthéritique*.

Il est assez difficile de se prononcer sur cette question, en ne consultant que les auteurs anciens. On voit bien, il est vrai, dans le mémoire d'Huxham, que quelques signes du *croup* se montraient dans certains cas, et l'on sait que c'est l'un des caractères propres à la diphthérite de se porter vers le larynx, de manière à produire cette dernière affection; mais ces symptômes étaient peu marqués, et d'un autre côté Huxham lui-même remarque que le cri aigu et glapissant des angines suffocantes manquait même dans les cas où la respiration était le plus altérée.

Ghisi, dans son mémoire, où l'on cherche en vain une foule de détails importants, ne fait nullement mention de l'état de la peau; de telle sorte que, dans ce travail, la plupart des éléments de la discussion manquent ou sont très vagues. On regrette d'autant plus cette absence de détails, que les premiers auteurs qui se sont spécialement occupés de ce sujet, tels que Fothergill, Chomel, Ghisi lui-même, ont observé la maladie sous forme épidémique, à peu près à la même époque, et qu'il eût été très important de savoir si les diverses épidémies qui se montraient dans des pays éloignés les uns des autres avaient des caractères communs. Mais, tandis que Fothergill et Huxham examinaient avec soin l'état de la peau et notaient les diverses éruptions, les autres, nous le répétons, n'en paraissaient nullement préoccupés. C'est une preuve nouvelle de la nécessité d'introduire dans les observations le plus grand nombre de détails possible, quand même plusieurs d'entre eux ne paraîtraient pas avoir actuellement de portée réelle, afin que si plus tard on envisage la question sous un nouveau point de vue, on ne soit pas privé de renseignements utiles sur les points les plus importants.

Nous ne pouvons nous étendre plus longuement ici sur cette intéressante discussion; nous nous bornerons à constater que, d'après ces considérations, la distinction établie par M. Bretonneau doit être regardée comme fondée dans presque tous les cas. Cependant il en est quelques-uns où, sans perdre d'une manière évidente ses caractères, l'angine scarlatineuse a tellement pris l'aspect de la diphthérite, qu'il a été impossible de les distinguer. Guersant a observé un cas de ce genre, et M. Guéretin (1), dans ces dernières années, en a cité un autre qui, quoique rapporté trop succinctement, ne laisse guère de doute. Il faut tenir compte de ces faits, tout en les considérant comme des exceptions qui ne sauraient détruire la règle.

Il existe donc une angine qui se montre spécialement dans la scarlatine, c'est la *pharyngite pultacée*, et une angine qui apparaît dans des circonstances différentes, c'est la *pharyngite couenneuse* ou *diphthéritique* (2).

Mais il est une autre question qui n'est pas sans importance. Les anciens regardaient toutes les angines comme de nature gangréneuse. M. Bretonneau montra que l'aspect des parties et la violence de la maladie leur en avaient imposé, et que ces prétendus ulcères de nature gangréneuse constituant l'angine maligne n'étaient autre chose que des productions membraniformes d'un aspect sordide. Dès lors on

(1) *Mémoire sur une épidémie d'angine scarlatine* (*Archives générales de médecine*, 2e série, 1845, t. XIV, p. 280).

(2) Les annotateurs de ce livre pensent que de nombreux faits, récemment observés, permettent de considérer la coïncidence de la diphthérite avec la scarlatine comme assez fréquente.

eut de la peine à admettre l'existence de la pharyngite gangréneuse; et si on l'admit, ce fut dans quelques cas tellement exceptionnels, qu'on en faisait à peine mention. Mais des recherches plus récentes sont venues prouver que cette opinion, quoique plus conforme aux faits, était néanmoins exagérée, et nous citerons entre autres les observations de MM. Barthez et Rilliet (1), qui ont démontré que la pharyngite gangréneuse était moins rare qu'on ne le pensait dans ces dernières années.

En résumé, nous croyons, d'après ce qui précède, qu'on doit examiner séparément : 1° la *pharyngite pultacée*, 2° la *pharyngite couenneuse* (diphthérite), et 3° la *pharyngite gangréneuse.*

Il est encore une pharyngite particulière, dont l'existence est admise, quoique avec une certaine réserve, par M. Bretonneau : c'est celle qu'il a désignée sous le nom d'*angine couenneuse commune* (2). Mais si l'on examine attentivement la courte description qu'il en donne, et si l'on étudie les faits, on voit que rien n'autorise à établir une semblable distinction, et que l'angine couenneuse commune n'est autre chose que la diphthérite à un faible degré d'intensité. MM. Rilliet et Barthez pensent que la véritable diphthérite, qui ne peut se distinguer au début de l'angine couenneuse commune, devient distincte plus tard. Mais cette distinction, n'étant encore fondée que sur le peu de gravité de cette dernière affection, n'a pas d'importance réelle.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, que nous n'avons pas à nous étendre longuement sur la description de l'angine pultacée, dont il est principalement question dans cet article. C'est en effet, dans l'immense majorité des cas, une *affection secondaire* sous la dépendance de la maladie principale : la scarlatine. Cependant, comme cette affection secondaire peut prendre un accroissement très considérable et exiger des soins tout particuliers, nous allons en dire un mot, afin que le médecin ait bien présentes à l'esprit des particularités qui sont importantes dans la pratique.

*Causes.* — Les auteurs des siècles passés ont recherché dans les diverses *conditions atmosphériques* quelles pouvaient être les causes de ces *épidémies* graves dans lesquelles apparaît la pharyngite pultacée. Presque tous s'accordent à dire qu'une *température froide* et *humide* qui a persisté longtemps paraît être la condition principale dans laquelle ces épidémies ont sévi. Néanmoins il y a de très grandes variations dans les résultats météorologiques présentés par ces auteurs. Nous ne les indiquerons pas ici, car la discussion nous entraînerait beaucoup trop loin, et ne nous conduirait à aucun résultat utile. Ce que nous savons de positif, c'est que la maladie est presque toujours un symptôme d'*une fièvre éruptive, et principalement de la scarlatine.*

*Symptômes.* — Dans le cours d'une maladie éruptive, quelquefois assez obscure, on voit survenir un mal de gorge qui s'annonce d'abord par la *gêne de la déglutition* et par une *rougeur vive* des parties. La maladie, dans les cas graves dont il est exclusivement question ici, fait rapidement des progrès. Les amygdales, *considérablement gonflées*, se couvrent d'une *exsudation épaisse*, d'un blanc mat, quelquefois sale. Il est facile de la rayer avec l'ongle ou un stylet mousse. Les ganglions cervicaux s'engorgent; il y a une gêne plus ou moins considérable dans

(1) *Archives générales de médecine*, et *Traité des maladies des enfants*, t. I.
(2) *Loc. cit.*, p. 373.

les mouvements de la mâchoire; *l'haleine est fétide;* puis tous ces symptômes augmentent rapidement, à tel point que la déglutition peut devenir impossible qu'il y a *rejet des boissons par le nez*, et que la *voix* est altérée, nasillarde.

On peut en même temps observer des troubles intestinaux intenses, tels que les vomissements et une diarrhée opiniâtre. D'un autre côté, la *respiration* est bien loin d'être gênée comme dans les maladies du larynx. Suivant M. Bretonneau, la *dyspnée est toute gutturale*, c'est-à-dire qu'elle dépend de l'oblitération plus ou moins considérable de l'isthme du gosier. Enfin on trouve, du côté de la circulation et de l'innervation, les troubles profonds qui appartiennent en propre à la scarlatine.

*Marche, durée, terminaison.* — La *marche* de cette affection n'est pas entièrement subordonnée à celle de la maladie principale. Dans l'épidémie qui a été observée par Huxham, le mal de gorge survenait presque en même temps que l'invasion de la scarlatine.

La *durée* varie suivant l'intensité de l'affection. Lorsque la mort survient, cette durée peut être très courte. Les malades succombent en même temps aux progrès de la pharyngite, à la suffocation qu'elle occasionne, et à la scarlatine, qui a quelquefois un très mauvais caractère.

La *terminaison* est assez souvent fatale dans les cas graves dont nous venons de parler, et surtout dans certaines épidémies. Toutefois cette mortalité est bien moins grande que celle de la pharyngite couenneuse ou diphthérite; nous en verrons plus loin la raison. Lorsque la maladie se termine par la guérison, la *convalescence* est longue, et il reste longtemps un embarras local.

*Lésions anatomiques.* — L'existence de la production morbide précédemment décrite; des ulcérations superficielles de la muqueuse, cachées pendant la vie par l'exsudation, et que M. Bretonneau a seul signalées; le gonflement des amygdales et des ganglions sous-maxillaires, leur ramollissement, quelquefois leur suppuration; l'extension des désordres à l'œsophage, et l'intégrité presque constante du larynx, tels sont, en peu de mots, les caractères anatomiques de cette affection. C'est cette intégrité du larynx qui rend la mortalité de la pharyngite scarlatineuse si faible en comparaison de celle que l'on constate dans la véritable pharyngite couenneuse, où les voies aériennes sont si facilement envahies. Cependant nous avons vu plus haut qu'il y avait quelques exceptions à cet égard.

*Diagnostic.* — Nous nous contenterons de signaler les différences qui existent entre cette pharyngite et la *diphthérite*. Nous avons d'abord pour nous guider les symptômes généraux propres à la scarlatine, ainsi que l'éruption. Les symptômes généraux sont toujours plus ou moins violents; l'agitation, des troubles digestifs, l'accélération de la circulation, n'ont jamais manqué dans les cas où la pharyngite a été intense; mais il n'en est pas de même de l'éruption. Dans le cours des épidémies scarlatineuses, on a vu quelquefois les symptômes généraux se montrer avec une éruption très peu distincte, très irrégulière, comme dans le cas cité par M. Guéretin, ou même sans traces d'éruption. Alors, outre les signes que nous allons exposer plus loin, il faut rechercher avec soin l'existence de la *desquamation*. Celle-ci, qui se fait par plaques plus ou moins larges, a eu lieu, en effet, non-seulement dans les éruptions incomplètes ; mais encore, dans des cas où l'éruption avait manqué, comme M. Grisolle en a cité un exemple. Cette circon-

stance suffit pour faire reconnaître le caractère de la pharyngite pultacée; mais comme la desquamation n'apparaît qu'à une époque où la pharyngite peut avoir fait de grands progrès, il est bon d'avoir d'autres signes pour se guider. Voici quels sont les caractères différentiels les plus remarquables, d'après M. Bretonneau:

Dans la pharyngite scarlatineuse, les amygdales sont plutôt enduites par l'exsudation que recouvertes de pellicules membraniformes; on sait que le contraire a lieu dans la *pharyngite diphthéritique*. L'exsudation de la pharyngite scarlatineuse se montre après l'apparition d'une rougeur très vive, couleur jus de fraise, qui recouvre la muqueuse pharyngienne; dans la pharyngite diphthéritique, la rougeur sur laquelle se développe la fausse membrane est simplement inflammatoire. L'exsudation de la première est blanche, opaque, caséiforme, et se laisse facilement sillonner, comme je l'ai dit plus haut; la fausse membrane diphthéritique est grisâtre, et tenace au point de ne pas recevoir facilement l'empreinte des corps durs qui la sillonnent. Au lieu de commencer sur les amygdales pour s'étendre ensuite au delà, comme la pharyngite diphthéritique, la pharyngite scarlatineuse envahit simultanément toute la cavité de l'arrière-bouche et celle des narines: Huxham, Fothergill et tous les auteurs qui ont observé attentivement cette pharyngite, ont en effet noté, dès les premiers jours, l'inflammation spécifique et l'écoulement fétide des narines. Enfin, le fait le plus important, c'est que la pharyngite scarlatineuse n'a point, comme la véritable diphthérite, une tendance extrême à envahir les voies respiratoires, et qu'au contraire elle tend à prendre de l'extension dans les voies digestives.

Telle est la description succincte que nous avons cru devoir présenter de cette affection, dont se sont particulièrement occupés des auteurs aussi célèbres que Huxham et Fothergill, qui la regardaient comme la maladie principale. Nous, au contraire, à qui les recherches plus précises de ces derniers temps ont appris qu'elle n'est autre chose qu'une conséquence de la maladie éruptive, nous ne devons pas y attacher une aussi grande importance, tout en reconnaissant sa gravité. Aussi n'avons-nous point tracé le tableau de tous ces symptômes violents qui ont fixé l'attention des auteurs que nous venons de citer, et qui appartiennent, non à la pharyngite, mais à la scarlatine elle-même.

*Traitement.* — Le *traitement* doit nous arrêter un peu plus longtemps, attendu que c'est sous le point de vue thérapeutique que cette pharyngite intéresse spécialement le praticien. Il est assez difficile de distinguer les moyens qui ont été dirigés contre la pharyngite elle-même de ceux qu'on a employés contre la maladie principale, c'est-à-dire l'exanthème fébrile. Cette réflexion, toutefois, ne s'adressant pas évidemment au *traitement local*, c'est par lui que nous allons commencer. Nous nous contenterons ensuite de dire un mot du traitement dirigé contre les symptômes généraux.

*Traitement local.* — Suivant M. Bretonneau (1), une légère solution d'*acétate de plomb* dissipe l'inflammation douloureuse du pharynx, et accélère la cicatrisation des ulcérations couenneuses qui, suivant lui, occupent souvent les tonsilles pendant le premier septénaire de cette pharyngite. Voici la formule qu'il emploie:

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Acétate de plomb cristallisé. | 0,50 gram. | Alcool | 16 gram. |
| Vinaigre distillé | 8 gram. | Eau commune | 120 gram. |

(1) *Loc. cit.*, p. 260.

Pour savoir au juste quelle est l'efficacité d'un pareil remède, il faudrait tenir compte de la gravité du mal, et rechercher avec soin les effets immédiats du médicament. Avant M. Bretonneau, Boucher (1) Vogel et Hamilton (2) avaient employé l'acétate de plomb dans des circonstances semblables.

Ce sont toujours les *astringents*, les *acides*, les *excitants* violents, qui ont été appliqués localement dans cette maladie. Le docteur Barth (3) a conseillé l'usage d'un gargarisme avec l'*acide pyroligneux*, dont voici la composition :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau commune.......... | 150 gram. | Sirop simple............... | 30 gram. |
| Acide pyroligneux....... | 15 gram. | | |

Pour se gargariser deux ou trois fois par jour.

Quant aux *substances excitantes*, nous nous contenterons d'indiquer le *daphne mezereum* et le *poivre de Cayenne*, proposés par M. Mason Good et M. Collins. Voici les formules prescrites par ces auteurs :

*Collutoire avec le daphne mezereum* (Mason Good).

℞ Eau de fontaine........ 1500 gram. | Racine entière de daphne mezereum. 8 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers. Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

*Collutoire avec le poivre de Cayenne* (Collins).

℞ Poivre de Cayenne........ 8 gram. | Sel marin.................. 4 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau bouillante................................ 100 gram.

Ajoutez :

Vinaigre distillé.............................. 30 gram.

Un très grand nombre de médecins se contentent de *gargarismes acidulés*, tels que ceux qui ont été longuement énumérés dans les précédents articles. D'autres veulent qu'on n'emploie pas autre chose que les *émollients*. Lorsque l'inflammation est très violente, on fait appliquer des *sangsues* à la base de la mâchoire, et parfois on a recours à la *saignée générale*, repoussée néanmoins par les auteurs des siècles passés, et en particulier par Huxham, à cause du caractère septique de l'affection. Dans les cas où la maladie n'avait qu'une faible intensité, M. Guéretin employait principalement les *fumigations émollientes*.

Nous avons cité divers exemples pour faire voir que le traitement local de la pharyngite scarlatineuse ne diffère pas essentiellement de celui de la plupart des autres angines. Quant à l'appréciation qu'on pourrait faire de ces différents moyens, nous devons dire qu'elle est impossible, attendu que dans les faits cités par les auteurs, on ne saurait, nous le répétons, distinguer ce qui appartient à la pharyngite de ce qui appartient à la scarlatine elle-même. Au reste, une réflexion générale

(1) *Journal de médecine*, 1758.
(2) *Inquir. for the treatment. of the princip. diseases of infancy*, etc. Edinburgh, 1825.
(3) *Rust's Magazine für die gesammte Heilkunde*, vol. XXVII.

s'applique à tout ce qui précède : ce n'est pas tant la lésion locale qui est dangereuse que la maladie générale sous l'influence de laquelle elle a pris naissance. Ceci nous amène à parler du *traitement général ;* car nous ne croyons pas devoir ajouter à ce que nous venons de dire sur le traitement local l'emploi des *scarifications* pratiquées par Mead et Borsieri, et dont on a aujourd'hui reconnu les dangers.

*Traitement général.* — Le *traitement général* conseillé par Fothergill, Huxham et tous les auteurs qui n'ont point fait la part de la lésion locale et de la maladie générale, s'applique presque exclusivement aux divers symptômes de la scarlatine elle-même. Ainsi, la *corne de cerf*, le *camphre*, la *poudre de contrayerva*, etc., administrés pour modérer la fièvre, étaient évidemment dirigés contre l'exanthème fébrile.

Si des signes de putridité étaient remarqués, on prescrirait le *quinquina*, les *acides*, les *vins généreux*. Enfin venait le traitement des symptômes prédominants, parmi lesquels il faut d'abord citer la *diarrhée* et les *vomissements*. Contre la diarrhée, Huxham conseillait une petite quantité de *rhubarbe torréfiée*, la *poudre de scordium composée*, la *décoction blanche*, etc., et contre les vomissements, un *léger émétique*. On voit qu'il n'y a rien là qui s'applique en particulier à la pharyngite.

Suivant M. Guéretin, les *purgatifs* administrés à doses fractionnées et pendant toute la période fébrile auraient eu des résultats très avantageux dans l'épidémie qu'il a observée; mais il ne présente aucun relevé de faits positifs à cet égard. Voici, du reste, comment il administra ce purgatif :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Calomel | 0,10 gram. | Jalap | 0,15 à 0,25 gram. |

Mêlez. Donner cette dose trois, quatre ou cinq fois par jour chez les adultes ; chez les enfants, diminuer la dose suivant l'âge. Si ce médicament produisait plus de trois ou quatre selles par jour, l'auteur en cessait immédiatement l'usage.

Quant aux *vésicatoires* placés sur le cou, la nuque, les jambes, aux *potions* et aux *lavements camphrés*, aux *opiacés*, aux *bains*, etc., M. Guéretin ne leur a pas reconnu d'efficacité réelle.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce traitement, présenté d'une manière si confuse par les auteurs. Attendons que de nouvelles observations viennent nous éclairer, et reconnaissons seulement, avec la plupart des auteurs modernes : 1° que la pharyngite pultacée est sous l'influence directe de la maladie éruptive, dont on sait que la marche est pour ainsi dire fatalement tracée ; 2° que dans les cas légers, cette pharyngite offre peu de danger ; 3° que, dans les cas graves, c'est la médication topique qui paraît avoir le plus d'avantages.

## ARTICLE VII.

### PHARYNGITE COUENNEUSE (*diphthérite*, *angine maligne*).

Après avoir traité à part de la pharyngite pultacée, il devient plus facile d'aborder la question de la pharyngite couenneuse proprement dite, que les travaux récents ont grandement éclairée, il est vrai, mais qui présente encore plusieurs

n litige. La description de cette affection avait été confondue, comme nous déjà dit, avec celle de toutes les autres angines graves, sous le nom d'*angine* e. Mais ayant constaté plus haut l'existence de conditions particulières qui e espèce distincte de l'angine scarlatineuse, nous allons voir maintenant ui donnent une physionomie propre à la pharyngite couenneuse ou diph-

t presque inutile de dire que, dès la plus haute antiquité, on connaissait ection, mais on la connaissait d'une manière imparfaite, très vague, et qui aisser une très grande indécision dans la pratique. Sous ce point de vue, tonneau a rendu un grand service à la science, en faisant connaître les res particuliers de l'angine couenneuse. Nous n'insistons pas, du reste, sur rçu historique; il sera très facile de suppléer à son insuffisance, car partout ve une liste des nombreux auteurs qui se sont occupés de l'angine maligne.

## § I. — Définition, synonymie, fréquence.

l'état actuel de la science, on doit donner le nom de *pharyngite couen-* ou *diphthérite*, à l'angine dont le caractère principal est la production d'une plastique étendue sur la muqueuse en forme de couches plus ou moins s, faciles à détacher, au moins à une époque un peu avancée de la maladie, t la plus grande tendance à gagner les voies aériennes.

*ynonymie* de cette affection est extrêmement riche. Ainsi, on peut lui rap- tous ces noms : d'*angine pestilentielle*, *putride*, *ulcéreuse*, *gangréneuse*, ie, *charbon angineux*, *angine suffocante*, *garrotillo*, etc., etc., qui ont été usage par les différents auteurs et aux diverses époques. C'est elle qui a ignée, du moins dans un certain nombre de cas, sous le nom d'*ulcus ægy-n* ou *syriacum*, d'*aphthæ malignæ*, etc. Mais c'est assez insister sur ce nom- ini d'expressions diverses qui se rapportent indifféremment à des états mor- lissemblables.

*fréquence* de cette maladie n'est heureusement point très grande dans les ordinaires ; mais il survient des épidémies qui sévissent dans certaines loca- ır un grand nombre de sujets, et déjà les relations que nous avons de ces s épidémies sont assez multipliées. Au reste, on peut appliquer à la pharyn- ouenneuse ce que nous avons dit (voy. tome II), de la fréquence de la *ite pseudo-membraneuse* (croup), puisque, dans la grande majorité des est par une pharyngite de cette espèce que commence le *croup*.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

ude des faits n'est pas encore assez avancée pour qu'on ait une opinion bien e sur les diverses causes qui peuvent prédisposer à contracter la pharyngite neuse. Relativement à l'*âge*, on sait que les enfants sont beaucoup plus s à cette maladie que les adultes. S'il fallait le prouver, il suffirait de citer emples de croup succédant à cette pharyngite, qu'on observe spécialement

chez les *enfants*. M. Bretonneau (1) a cité un cas qui prouve que les *enfants nouveau-nés* peuvent en être atteints. Dans ce cas, observé chez un enfant de quinze jours, la fausse membrane avait une grande étendue, aussi bien du côté des voies digestives que du côté des voies aériennes. Lorsque l'affection a le caractère épidémique, elle peut attaquer les *vieillards* et les *adultes* dans une assez grande proportion ; c'est ce que nous ont appris les relations publiées dans ces dernières années.

Nous n'avons rien de plus précis, relativement à l'influence du *sexe*, que ce que nous en avons dit à l'article *Croup* (tome II). Il en est de même de la *constitution*, c'est chez les enfants soumis à de *mauvaises conditions hygiéniques*, et chez les enfants *débilités* par des maladies graves, que se montre particulièrement l'affection à l'état sporadique. Il est plus que probable que ces circonstances facilitent son développement dans les épidémies.

Ce que nous avons dit dans l'article *Croup*, relativement aux *saisons*, peut s'appliquer en partie à la pharyngite couenneuse. Ainsi c'est dans les saisons froides et humides, au printemps et en automne, qu'elle se montre le plus souvent. Cependant il faut remarquer que les épidémies ont duré longtemps, qu'elles se sont par conséquent prolongées avec intensité pendant l'hiver et l'été, et que celles qui ont été observées par M. Bretonneau en particulier ont débuté vers la fin de l'automne.

Quant aux *climats*, ce serait un travail à faire que de rechercher leur influence réelle. Toutefois on peut constater que l'affection s'est montrée dans des climats assez divers. Ghisi l'a observée à Crémone, Samuel Bard à New-York, Chomel à Paris, MM. Bretonneau, Gendron, etc., à Tours ou aux environs. Les *localités* auraient-elles une influence marquée sur l'apparition de cette pharyngite ? C'est ce qu'on pourrait croire au premier abord, et ce qui était venu à la pensée de M. Trousseau (2). Ce médecin crut d'abord qu'on pouvait attribuer le développement de la diphthérite au *froid humide* que la disposition de certaines localités entretient dans l'atmosphère. Mais, plus tard, ayant vu des villages situés sur des hauteurs, par conséquent secs, bien aérés, être décimés par une épidémie, tandis que d'autres peu éloignés, et dans des conditions tout opposées, en étaient exempts, il a dû renoncer à cette opinion. Reconnaissons toutefois que tout n'est pas dit sur ce point, car cette question est évidemment subordonnée à celle de la contagion, qui a pu agir à l'insu des observateurs.

Nous avons vu la *pharyngite pultacée* se développer dans le cours d'une scarlatine. Il n'en est pas de même de la *pharyngite couenneuse ;* dans les épidémies, elle attaque le plus souvent des sujets d'emblée et sans affection préalable. Cependant on la voit apparaître aussi dans le cours de certaines affections. Il n'en est aucune qui en soit plus fréquemment compliquée que la *rougeole ;* plus rarement elle se montre dans la *variole* (3), et chez les adultes ; c'est dans le cours des maladies chroniques, de la *phthisie* surtout, qu'elle prend le plus souvent naissance (4). M. de Castelnau a recueilli, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis, un cas très remarquable de pharyngite couenneuse propagée aux voies

(1) *Loc. cit.*, p. 36, obs. 4.
(2) *Dictionnaire de médecine*, t. X, art. DIPHTHÉRITE.
(3) Voy. Andral, *Clinique médicale*, t. I, p. 290.
(4) Louis, Charcellay, etc., cités à l'article *Croup*, t. II, p. 405 et suiv.

aériennes chez un convalescent de fièvre typhoïde; M. Louis et d'autres observateurs ont rapporté quelques exemples du même genre.

Il est à peine nécessaire d'indiquer la forme *épidémique* que prend si souvent cette maladie. On connaît les épidémies observées par Ghisi, Chomel, Samuel Bard, et celles dont MM. Bretonneau (1), Bourgeois (2), Mazade (de Limoges) (3), Lespine (4), etc., ont été les témoins et ont publié les relations. Ces citations pourraient être multipliées, mais sans utilité. Il est à remarquer que toutes les épidémies dont nous avons l'histoire ont, à quelques nuances près, présenté les mêmes caractères et la même gravité, ce qui dépend de l'envahissement presque constant des voies aériennes par l'exsudation membraniforme.

N'ayant rien à dire de positif sur l'influence des *tempéraments* et d'autres causes prédisposantes, comme le *vice scrofuleux*, etc., je passe immédiatement à l'étude des causes occasionnelles.

### 2° Causes occasionnelles.

Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit des causes occasionnelles à l'article *Croup* (tome II); le lecteur en fera facilement l'application. Nous nous bornerons à dire un mot de la contagion, admise par les uns, rejetée par les autres.

Les auteurs des siècles passés n'ont guère élevé de doutes sur le caractère contagieux de la maladie qui nous occupe; Cullen en a formellement admis l'existence; mais il était nécessaire d'avoir des faits propres à éclairer cette question douteuse. M. Bretonneau, qui a particulièrement fixé son attention sur ce point, reconnaît que la contagion est difficile à constater. Cependant il me paraît lever tous les doutes, lorsqu'il dit : « Chaque fois qu'elle (la diphthérite) a été apportée du dehors à l'Hospice général, et qu'elle s'est propagée, il a été facile de connaître, dans le principe, le moment, je dirai presque la minute où elle a été communiquée. » L'existence de la contagion peut-elle être mieux établie? D'ailleurs, le même auteur cite çà et là un assez grand nombre de faits concluants, et d'autres, comme M. Brunet (5), en ont rassemblé plusieurs qui ne laissent pas plus de doutes. M. Collineau a cité l'observation d'une femme qui, ayant plusieurs fois baisé sur la bouche son petit-neveu affecté du croup, fut atteinte de la pharyngite couenneuse; ce fait isolé aurait peu de valeur, car, dans le cours d'une épidémie, on doit rencontrer bien des coïncidences semblables, mais il peut s'ajouter à beaucoup d'autres plus concluants. On ne peut donc s'empêcher de se ranger à l'opinion des auteurs précédents, de Guersant et de MM. Trousseau, Ramon, Bourgeois, etc., qui ont vu maintes fois la contagion agir manifestement, et pour qui, par conséquent, l'existence de cette cause spécifique est démontrée.

## § III. — Symptômes.

Ce que nous avons dit plusieurs fois du prompt envahissement des voies aériennes par l'exsudation morbide semble, au premier abord, rendre inutile une exposition

(1) *Épidémies de Tours, de Chenusson, de la Ferrière.*

(2) *De l'angine plastique, dite maligne ou gangreneuse, épidémie de la maison royale de Saint-Denis* (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1835, t. IV).

(3) *Épidémie du canton de Maynac-Laval.*

(4) *Épidémie de l'École royale militaire de la Flèche.*

(5) *Archives générales de médecine*, t. III, p. 536.

détaillée des symptômes de la pharyngite couenneuse, car on peut être tenté de regarder uniquement cette affection comme le début de la *laryngite pseudo-membraneuse*. Mais, d'une part, on a observé des cas où l'inflammation pseudo-membraneuse est restée bornée au pharynx. M. Bretonneau lui-même (1) en a cité un exemple très remarquable; et, de l'autre, en admettant que la pharyngite ne fût qu'un signe de l'invasion du croup, il faudrait néanmoins connaître d'une manière particulière les symptômes de cette invasion, puisque, par un traitement particulier, on pourrait espérer d'arrêter la marche de la maladie.

*Début.* — Le *début* est ordinairement peu alarmant; il ne se manifeste que par une gêne souvent légère de l'acte de la déglutition, et quelquefois par une douleur peu intense, qui ordinairement s'accompagne d'un mouvement fébrile léger et d'un abattement plus ou moins marqué. Puis, la maladie faisant des progrès, on voit apparaître la fausse membrane qui est le caractère essentiel de cette maladie.

*Symptômes.* — Avant cette apparition, un *gonflement* peu notable, avec une *rougeur* circonscrite et pointillée, sont les seuls signes qu'on observe dans le pharynx. C'est presque toujours dans une seule tonsille que se montrent d'abord ces altérations qui assez rapidement gagnent toute la glande.

A une époque un peu plus avancée, on voit se former à la surface de l'amygdale de petites *taches opalines*, semblables à du mucus coagulé. Suivant M. Bretonneau, au-dessous de cette couche qui prend un peu de consistance, de nouveau mucus peut s'accumuler dans certains points, et simuler ces pustules que Jos. Frank a cru voir dans l'angine maligne. Plus tard, cette *fausse membrane* perd sa transparence et prend une consistance plus grande. Souvent elle acquiert une épaisseur notable; on en a vu de près d'un centimètre. Sa *couleur* varie du blanc jaunâtre au gris et même au noir. En même temps qu'elle devient épaisse et prend de la consistance, elle s'étend en largeur, et toujours la rougeur de la membrane muqueuse précède sa formation. Souvent cette rougeur s'étend au loin sous forme de *stries*, au-dessus desquelles l'exsudation plastique prend naissance.

Si l'on enlève la production morbide, on la trouve liée à la membrane muqueuse sous-jacente par de *petits filaments* qui, suivant M. Bretonneau, pénètrent dans les cryptes muqueux. Avant que les lambeaux pseudo-membraneux se détachent, on voit, ainsi que l'a observé Guersant, l'épithélium passer sur eux, d'où il résulte que le *siége primitif* de la pseudo-membrane est entre cet épithélium et le tissu muqueux lui-même.

Lorsque les *lambeaux pseudo-membraneux* tombent, ou lorsqu'on les détache mécaniquement, on aperçoit au-dessous le *tissu muqueux* injecté, d'un rouge obscur, et, suivant Guersant, plutôt sec que boursouflé. Tous les auteurs ont signalé l'existence de petites *ecchymoses* noires, inégales, oblongues, qui quelquefois néanmoins sont assez considérables pour rendre la *tumeur* livide, bosselée, et semblable, ainsi que M. Bretonneau l'a constaté, à une excroissance cancéreuse. Suivant M. Roche, les petites ecchymoses qui apparaissent dans le tissu muqueux sont le commencement des fausses membranes elles-mêmes. Mais ce sont là des questions qui intéressent médiocrement le praticien.

(1) *Loc. cit.*, p. 140, obs. 10.

Parvenue à ce degré, la maladie se présente sous l'aspect suivant. Les *tonsilles* sont plus ou moins notablement tuméfiées; quelquefois leur tuméfaction est énorme. Elles sont couvertes, dans toute leur étendue ou dans une grande partie, de concrétions pseudo-membraneuses d'un aspect plus ou moins sordide, et ressemblant à la surface d'un ulcère de mauvaise nature. Les concrétions envahissent les piliers du voile du palais et les deux faces de ce voile, embrassent la luette, se propagent assez souvent dans les fosses nasales, et quelquefois gagnent la bouche.

Il résulte de cet état les symptômes suivants : l'*haleine* est horriblement fétide; il y a une *salivation* plus ou moins abondante, dont la matière est un liquide jaunâtre d'odeur nauséabonde; et presque toujours une *expuition* sanguinolente. Cette expuition est le résultat de l'infiltration sanguine abondante qu'on remarque dans le pharynx. On n'a pas cité de cas où l'hémorrhagie pharyngienne ait été assez considérable pour avoir une véritable gravité.

Quant à la *douleur* éprouvée par le malade, elle est ordinairement peu en rapport avec l'apparence si grave de la maladie. Quelquefois elle manque presque complétement. Il en est de même de la *gêne de la déglutition*, qui semblerait devoir être très considérable dans une pareille affection, et qui cependant n'est pas, dans le plus grand nombre de cas, très notable.

La *voix* est ordinairement assez profondément altérée, quoique son altération ne ressemble point à celle qu'on observe lorsque la maladie a envahi le larynx; elle est sourde et nasonnée.

La *toux* est un phénomène qu'on observe assez souvent dans la pharyngite couenneuse; mais si l'affection n'a pas encore gagné le larynx, elle a des caractères qui la font parfaitement distinguer de la toux croupale. Elle est moins violente; elle consiste plutôt en un mouvement brusque d'*exscréation* qu'en une secousse convulsive des organes respiratoires. Quant à la *respiration*, il n'est pas rare de la voir parfaitement libre. Dans les cas où elle est gênée, elle l'est à un degré médiocre, et qui n'est nullement comparable à la suffocation de la laryngite pseudo-membraneuse.

Lorsque l'exsudation couenneuse s'est *propagée aux fosses nasales*, il y a un écoulement jaunâtre et extrêmement fétide par les narines; cet écoulement avait été signalé par les auteurs des siècles passés. Il n'est pas rare alors de voir survenir une épistaxis, qui peut, dans certains cas, être assez abondante pour inspirer de vives craintes, ainsi que Ribes en a cité un exemple.

Si l'affection se porte du *côté de la bouche*, on trouve joints aux symptômes que nous venons d'indiquer ceux de la *stomatite couenneuse* exposés plus haut, et si, ce que l'on observe dans la grande majorité des cas, *le larynx est envahi*, la pharyngite cesse d'avoir une valeur réelle : on ne s'occupe plus que du croup qui s'est alors développé, et qui est la conséquence la plus fâcheuse de l'affection.

Ce n'est pas seulement sur les membranes muqueuses que se montre cette pseudo-membrane particulière, on l'a encore trouvée *sur différents points de la peau*, et M. Trousseau, ainsi que les auteurs du *Compendium* (article *Diphthérite*), l'a décrite sous le nom de *diphthérite cutanée*. Déjà des auteurs anciens avaient remarqué l'existence de ces pseudo-membranes cutanées, signalées en particulier par Starr, et qui plus tard ont été constatées par tous ceux qui se sont occupés de ce sujet, et en particulier par M. Bretonneau et Guersant. Elles ont

pour *siége de prédilection* les ailes du nez, la partie postérieure des oreilles, le pourtour de l'anus, de la vulve et des mamelons. Quelquefois, néanmoins, on les observe dans d'autres points : c'est ainsi que M. Trousseau (1) a vu la fausse membrane occuper la surface des vésicatoires placés sur les diverses parties du corps, et en général tous les points excoriés. Suivant cet auteur, il est même nécessaire qu'il se forme une excoriation préalable pour que la fausse membrane apparaisse; mais on doit admettre que l'excoriation est déjà le commencement du travail morbide spécial; c'est ce qui se passe évidemment lorsque la pseudo-membrane se montre derrière les oreilles et dans d'autres points où la peau est en contact avec elle-même.

On n'a pas assez insisté, ce me semble, sur la valeur de ces *pseudo-membranes cutanées* qui donnent une grande gravité à la maladie, ainsi que l'ont constaté MM. Lespine et Bourgeois dans les épidémies qu'ils ont observées. Ce développement de fausses membranes sur la peau me paraît en effet distinguer essentiellement la véritable diphthérite de la pharyngite pultacée. C'est dans les cas où la pharyngite couenneuse s'est montrée avec tous ses caractères diphthéritiques et en l'absence de l'éruption scarlatineuse, qu'on a vu la fausse membrane envahir la surface du corps. Fothergill, Huxham et ceux qui ont observé le mal de gorge scarlatineux, n'ont point parlé de ce symptôme, quoiqu'ils aient décrit la maladie avec un très grand soin. M. Trousseau lui-même n'en a nullement fait mention quand il a eu à décrire l'angine scarlatineuse, tandis qu'il en a cité un grand nombre de cas observés dans le cours d'autres épidémies qui ont sévi dans la Sologne, et qui présentaient tous les caractères d'une épidémie de diphthérite (2). Il est à désirer que l'attention des auteurs se porte sur ce point, car c'est là un signe différentiel d'une grande importance.

Il suffira d'ajouter, pour terminer la description de ces pseudo-membranes cutanées, qu'elles présentent les mêmes caractères que les pseudo-membranes muqueuses. C'est la même couleur variable de l'exsudation, la même infiltration sanguine de la peau, la même tendance à s'étendre au loin. Cette tendance est quelquefois si grande, que M. Trousseau a vu la pseudo-membrane, développée primitivement à la nuque sur un vésicatoire, s'étendre à tout le dos. Les progrès que fait la fausse membrane sont toujours rapides, et du jour au lendemain elle a souvent doublé d'étendue.

*A une époque plus avancée de la maladie*, si la pseudo-membrane du pharynx n'a pas envahi les voies respiratoires, on voit s'opérer les changements suivants. Les amygdales perdent en partie leur tuméfaction; les lambeaux pseudo-membraneux sont baignés d'une matière muco-purulente; ils se détachent dans certains points; ils sont plus ou moins larges, plus ou moins épais, sont rejetés par *excré-*

(1) *De la diphthérite cutanée* (*Archives générales de médecine*, 1830, t. XXIII).

(2) Voy. *Archives générales de médecine*, 1829, t. XXI, p. 541 : *Épidémie d'angine scarlatineuse*; et tome XXIII du même recueil : *Diphthérite cutanée*.

Nous insistons sur ce point, parce qu'une fausse indication, donnée par M. Trousseau lui-même dans le *Dictionnaire de médecine*, t. X, p. 389, pourrait faire croire qu'il a observé la diphthérite cutanée dans le cours de l'angine scarlatineuse. Cet auteur a, en effet, cité comme renfermant des cas de diphthérite cutanée son mémoire inséré dans le *tome XXI des Archives*, où il est question d'une angine scarlatineuse qui n'offrait rien de semblable. C'est au *tome XXIII, pages* 338 *et suiv.*, qu'il faut aller les chercher.

*m*, et se retrouvent dans la matière de l'expuition ; mais ils ont encore de la ten-
nce à se reproduire, et quelquefois on les a vus se détacher, tomber et être rem-
cés par de nouveaux, à trois ou quatre reprises différentes.

Dans des circonstances plus rares, la pseudo-membrane, très adhérente, ne se
tache pas ainsi ; Guersant l'a vue *s'user* peu à peu, se réduire à une simple pelli-
le, et enfin disparaître par une résorption lente.

Il est inutile d'ajouter que les choses se passent de la même manière dans les
tres parties envahies par la pseudo-membrane, et que, pendant que ces change-
ents s'opèrent dans la lésion organique, les troubles fonctionnels précédemment
liqués subissent une améloration notable.

Nous avons déjà dit qu'au début le *mouvement fébrile* était peu intense. Fort
uvent il en est de même pendant tout le cours de l'affection, abstraction faite,
en entendu, de l'envahissement du larynx, dont nous n'avons pas à nous occuper
. Le *pouls* est petit, faible, un peu plus fréquent qu'à l'état normal, dans le plus
and nombre des cas. Une *soif* médiocre et l'*inappétence*, tels sont les principaux
ubles fonctionnels du côté des voies digestives. Lorsqu'il survient une *diarrhée*
ense, c'est ordinairement le signe qu'une pseudo-membrane s'est formée dans
partie inférieure de l'intestin ; à plus forte raison quand il se produit une
*morrhagie intestinale :* cas fort rare. Quelquefois on observe des *vomissements*
s ou moins opiniâtres : alors l'œsophage est envahi, mais on conçoit très bien
ssi que la simple présence de la pseudo-membrane dans le pharynx et le gonfle-
nt des tonsilles puissent déterminer le vomissement.

Enfin l'*abattement*, la *tristesse*, une *faiblesse* plus ou moins considérable, com-
tent ces symptômes, dont les auteurs ne se sont pas suffisamment occupés,
orbés qu'ils étaient par la description de l'état local.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est assez insidieuse au début. Si l'on a affaire à un enfant,
: exemple, on pourra ne point soupçonner l'état de sa gorge, car il ne se plaindra
de la gêne de la déglutition, ni d'aucun autre trouble fonctionnel. L'abatte-
ent général peut être le seul signe que l'on observe alors. Du reste, cette marche
. continue, la maladie fait des progrès incessants, et la pseudo-membrane s'étend
plus en plus. Toutefois ces progrès sont plus ou moins lents, suivant les cas, et
la dans des limites assez étendues. Ainsi, tandis qu'on voit, chez un grand nombre
sujets, la maladie parvenir à son plus haut point d'intensité en cinq ou six jours,
ez d'autres, dix, douze et quinze jours sont nécessaires pour qu'elle y arrive.
, Bretonneau a cité quelques exemples de ce genre.

Il en résulte que la *durée* de l'affection est très variable. D'après les principales
servations, on peut néanmoins la fixer entre douze et quinze jours dans les cas
dinaires, et lorsque la guérison a lieu. Quand la mort est produite par l'invasion
s voies respiratoires, le passage de l'inflammation spécifique du pharynx au la-
nx peut être très rapide ; ainsi il peut avoir lieu en vingt-quatre heures. Dans
autres cas plus rares, au contraire, ce n'est qu'au bout de cinq ou six jours que
fausse membrane envahit les voies respiratoires. Si la mort a lieu sans que ce
rnier accident soit survenu, ce que l'on observe principalement lorsque la

diphthérite cutanée se montre et occupe une grande étendue, la durée de la maladie peut être considérable et se prolonger jusqu'à vingt-cinq, trente jours et plus.

[Depuis peu de temps on a signalé des paralysies survenant à la suite des pharyngites et des laryngites diphthéritiques. Cette question n'a pas encore été assez étudiée pour que nous en puissions donner une solution satisfaisante. Nous signalerons néanmoins deux sortes de paralysies : les unes ont lieu sur place et atteignent le voile du palais, la luette et les piliers, ainsi que le pharynx, l'épiglotte, etc. Il en résulte une gêne considérable de la parole, de la déglutition, et quelquefois des menaces de suffocation. On a même cité des cas de mort par suite du passage des aliments ou des boissons dans le larynx. Ces paralysies persistent quelquefois très longtemps après la disparition de la maladie qui y a donné naissance. Une autre espèce de paralysie est celle qui se montre dans des régions du corps éloignées, et n'ayant aucune connexion de voisinage, aucun rapport fonctionnel avec celles qui ont été affectées par la maladie. On a vu de ces paralysies aux membres supérieurs et inférieurs. Ces paralysies, en général, ne persistent pas. Ces faits seront étudiés dans l'article XI.]

La *terminaison* de cette affection est très fréquemment funeste; mais ce n'est pas par elle-même, ainsi que l'ont remarqué tous les auteurs, qu'elle offre un aussi grand danger ; c'est par l'extension de l'inflammation spécifique aux voies respiratoires. Cependant, quelquefois la mort a été causée sans que cette extension ait eu lieu ; MM. Lespine et Trousseau en ont cité des exemples. Dans ces cas, il existait une diphthérite cutanée plus ou moins étendue qui semblait annoncer une infection générale propre à expliquer la gravité de l'affection. Nous n'avons point à décrire la terminaison fatale occasionnée par le croup. Dans le cas où la mort est causée par la gravité de l'état général, l'abattement des forces, la langueur, le dépérissement, la diarrhée précèdent la mort. Nous avons vu plus haut que, lorsque la guérison devait avoir lieu, les progrès de la pseudo-membrane s'arrêtaient, et il survenait, au lieu de l'exsudation plastique, une sécrétion muco-purulente qui servait à détacher les lambeaux.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* ne doivent pas nous arrêter longtemps. Dans la description symptomatique de l'état local, nous avons indiqué les principales altérations observées dans le pharynx. Il nous suffira d'ajouter qu'après la mort, on reconnaît que l'infiltration sanguine pénètre plus ou moins profondément dans le tissu muqueux et sous-muqueux ; que les fausses membranes tantôt sont adhérentes, et tantôt se détachent facilement ; qu'elles sont ordinairement formées de plusieurs feuillets ; qu'elles présentent quelquefois à leur face adhérente de petits points rouges dus à des taches de sang dans les endroits correspondants aux petites ecchymoses, et enfin qu'on trouve dans l'œsophage, bien plus rarement dans l'intestin, quelquefois sur les diverses parties du corps, et très fréquemment dans les voies aériennes, la pseudo-membrane muqueuse ou cutanée qui caractérise l'affection. Il est à regretter que des recherches suffisantes n'aient point encore été faites sur l'*état du sang* dans cette maladie.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de cette affection n'est point en général difficile, surtout depuis que nous connaissons la formation de la pseudo-membrane. Cependant il est quelques circonstances qui pourraient mettre le praticien dans l'embarras. Nous allons les passer en revue.

Parmi les maladies avec lesquelles on pourrait confondre la pharyngite couenneuse, nous trouvons d'abord la *pharyngite pultacée*. Nous avons déjà donné le diagnostic différentiel de ces deux affections dans l'article précédent (1); nous n'avons point à y revenir ici. Nous dirons seulement que, d'après les considérations dans lesquelles nous sommes entré, il nous semble que Guersant, quoique reconnaissant les caractères propres à chacun de ces états morbides, ne les a pas assez nettement séparés. Il existe sans doute certains faits que nous avons cités nous-même, dans lesquels une diphthérite envahissant le larynx s'est montrée chez des sujets scarlatineux; mais ils doivent être regardés comme des exceptions; dans presque tous les cas, les choses se passent autrement, et nous ne sommes pas même certain que des circonstances particulières n'aient point pu faire naître, dans le cours d'une scarlatine, une véritable diphthérite différente de l'angine scarlatineuse ordinaire. L'observation doit revenir sur ce point pour l'éclairer définitivement. En attendant, constatons avec M. Bretonneau les résultats fournis par l'immense majorité des faits.

La *pharyngite ulcéreuse* se distingue facilement aujourd'hui de la pharyngite couenneuse. Ce n'était en effet qu'une simple apparence qui en imposait à nos devanciers. Dans l'ulcère des amygdales et du voile du palais, dont il sera question dans l'article suivant, les parties présentent un point déprimé, à bords plus ou moins élevés, avec un détritus jaunâtre, irrégulier, ne faisant point saillie au pourtour, ou bien avec une déperdition de substance facile à reconnaître. Nous venons de voir que la pharyngite couenneuse présente des caractères opposés.

Quant à la *pharyngite gangréneuse*, nous exposerons son diagnostic lorsque nous en aurons tracé l'histoire. Disons seulement ici que parfois il y a, comme dans la *stomatite gangréneuse*, réunion des deux formes de l'affection, et qu'on pourrait admettre une pharyngite gangréneuse à forme pseudo-membraneuse. Guersant n'a jamais rencontré de cas semblables; mais M. Bretonneau en a cité un exemple auquel, il est vrai, il n'a point prêté une grande attention, mais qui n'en est pas moins très bien caractérisé. Dans les cas de ce genre, le gonflement considérable des parties qui environnent l'ulcère, leur aspect livide, la sanie roussâtre ou noirâtre qui en découle, feront reconnaître la nature gangréneuse de l'affection.

Nous avons dit plus haut que, dans un cas, M. Bretonneau vit une amygdale si profondément altérée en apparence, qu'on aurait pu croire à l'existence d'un véritable *cancer;* mais il suffit d'avoir égard au peu de durée de la maladie, dont le début ne saurait remonter à plus d'une quinzaine de jours, pour lever toutes les difficultés de ce diagnostic, qui n'a par conséquent pas d'importance réelle.

Enfin M. Bretonneau a pensé qu'il fallait regarder comme une seule et même affection la maladie décrite sous le nom de *muguet* et celle qui nous occupe. Les

(1) Voy. p. 613.

auteurs du *Compendium* adoptent cette manière de voir, ce qui doit surprendre, car il n'y a véritablement aucun rapport entre ces deux affections. Le siége, la forme de la production morbide, l'état de la muqueuse sous-jacente, la marche de la maladie, les progrès de l'exsudation plastique dans les divers sens, tout est absolument différent. Nous ne croyons donc pas nécessaire d'insister sur ce point, aujourd'hui bien évident pour tout le monde.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pharyngite pultacée et de la pharyngite couenneuse.*

(Voyez l'exposé de ce diagnostic, p. 613 et 614).

2° *Signes distinctifs de la pharyngite ulcéreuse et de la pharyngite couenneuse.*

| PHARYNGITE COUENNEUSE. | PHARYNGITE ULCÉREUSE. |
|---|---|
| *Lambeaux* pseudo-membraneux, ordinairement épais. | *Détritus* jaunâtre; centre déprimé; bords élevés. |
| Se détachant *facilement*. | Se détachant *difficilement*. |
| *Ne laissant pas de perte de substance* très-notable au-dessous d'eux. | Laissant au-dessous d'eux une *perte de substance* plus ou moins considérable. |

3° *Signes distinctifs de la pharyngite gangréneuse et de la pharyngite couenneuse.*

(Voyez plus loin le tableau synoptique, dans l'article *Pharyngite gangréneuse*.)

4° *Signes distinctifs du cancer du pharynx et de la pharyngite couenneuse dans quelques cas rares.*

| PHARYNGITE COUENNEUSE. | CANCER DU PHARYNX. |
|---|---|
| Début ne remontant pas à plus de *dix ou quinze jours*. | Début *beaucoup plus éloigné*. |

Il suffit de cette circonstance, nous le répétons, pour que ce dernier diagnostic n'offre point de difficulté.

*Pronostic.*—Il est facile, après les considérations dans lesquelles nous sommes déjà entré, d'établir le pronostic de cette affection. Elle est fort grave, puisque, par sa propagation aux voies respiratoires, elle détermine des accidents si fréquemment mortels; mais c'est l'asphyxie causée par le croup qui lui donne cette gravité. En effet, lorsqu'elle reste bornée au pharynx, la guérison est presque constante.

Cependant il est d'autres cas que nous avons mentionnés, et qu'il importe de rappeler ici. Quand les fausses membranes se montrent dans un très grand nombre de points : dans les fosses nasales, derrière les oreilles, au pourtour de l'anus, etc., la maladie acquiert une très grande gravité. C'est ainsi que M. Lespine a vu mourir un sujet qui présentait ces symptômes, sans que la fausse membrane ait gagné le larynx. Trouvons-nous la raison de cette gravité particulière de

a maladie, en pareil cas, dans une affection générale, annoncée par l'apparition simultanée de toutes ces pseudo-membranes, ou faut-il au contraire l'attribuer aux symptômes quelquefois très intenses que détermine la production de ces fausses membranes elles-mêmes, tels que la diarrhée, les vomissements, etc. ? C'est là une question qui n'a pas suffisamment fixé l'attention et dont la solution est actuellement impossible. Cependant on peut croire que ces deux causes agissent chacune pour leur part et concurremment.

La question des *récidives* a été également négligée; il faut attendre que l'observation vienne éclaircir ce point.

## § VII. — Traitement.

Nous n'aurons point à nous étendre longuement sur le traitement de la pharyngite couenneuse. Cette partie de son histoire est devenue pour nous extrêmement simple, après ce qui a été dit à l'article *Croup* (1). Nous avons dû, en effet, en exposant le traitement du *croup*, montrer comment on peut le prévenir, en arrêtant la marche de la pharyngite couenneuse qui le précède, et par là nous avons été entraîné à indiquer le *traitement tonique* de cette dernière affection. Nous nous bornerons donc à le rappeler succinctement ici, en y ajoutant quelques considérations sur certains moyens particuliers, sur le *traitement général*, et sur le *traitement préservatif*.

1° *Traitement local.* — Tant qu'on a confondu la pharyngite couenneuse avec les autres pharyngites malignes, et qu'on lui a reconnu un caractère gangréneux, on s'est principalement attaché à agir sur l'économie par des moyens *antiseptiques généraux ;* mais, lorsque les caractères de l'affection ont été mieux connus, lorsqu'on a vu surtout combien elle a de tendance à se porter vers les voies respiratoires, on a pensé naturellement que des topiques agiraient bien plus efficacement pour arrêter sa marche. Déjà Van-Swieten avait eu l'idée de pratiquer sur le pharynx une *cautérisation* assez intense; mais c'est M. Bretonneau qui, dans ces derniers temps, a fait sentir avec le plus de force l'importance de ce traitement. Aujourd'hui on est généralement d'accord sur ce point, et si M. Gintrac (2) a cru, dans un cas, reconnaître les mauvais effets de la cautérisation par l'acide hydrochlorique, on ne peut rien inférer d'un fait unique, exceptionnel, et dans lequel peut-être l'aggravation des symptômes était simplement due à la marche naturelle de la maladie. Ainsi la cautérisation est regardée aujourd'hui comme le moyen par excellence, et c'est par elle qu'il faut commencer.

*Cautérisation.* — Nous avons déjà fait connaître (3) la manière dont les diverses cautérisations sont pratiquées. Nous nous bornons donc à rappeler ici que c'est à l'aide de l'*acide hydrochlorique* et du *nitrate d'argent* qu'on les pratique ordinairement. M. Gendron (4) a employé dans un cas, avec succès, le *crayon de nitrate d'argent.* Il faut d'assez grandes précautions pour mettre ce moyen en usage. Ainsi, on aura soin de ne laisser dépasser le crayon de pierre infernale que d'une

(1) Voy. tome II, p. 405.
(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IV p. 265.
(3) Tome II, art. *Croup.*
(4) *Archives générales de médecine*, 2ᵉ série, t. III, p. 395.

très faible quantité, et on le fixera solidement. Si l'on agissait autrement, on aurait à craindre que le crayon ne se rompît, et qu'une portion considérable de caustique ne tombât dans l'œsophage, ce qui pourrait produire un accident mortel.

En général, on préfère la cautérisation avec la *solution de nitrate d'argent* telle que nous l'avons indiquée dans le tome II. L'acide *sulfurique*, le *nitrate acide de mercure*, sont employés comme l'acide hydrochlorique, dont M. Bretonneau fait ordinairement usage.

Nous renvoyons également le lecteur au deuxième volume de cet ouvrage, pour l'emploi des diverses *poudres cathérétiques* mises en usage par un assez grand nombre de médecins. Ainsi les *insufflations d'alun*, dans lesquelles Guersant, MM. Ramon et Trousseau ont confiance, et celles que l'on fait à l'aide des *chlorures de chaux* et *de soude sec*, sont décrites avec soin dans l'article que nous venons de citer. Il en est de même des insufflations faites avec les *poudres mercurielles*, et nous n'avons point à y revenir ici.

*Scarification.* — Guersant, qui emploie les moyens que nous venons de mentionner, pense qu'il est utile de les faire précéder de quelques scarifications superficielles des amygdales. Il est certain que par ce moyen on fait pénétrer plus avant l'action de la substance caustique; mais comme ces scarifications sont douloureuses et qu'il est permis de supposer qu'elles peuvent être suivies de conséquences fâcheuses, il faudrait pouvoir examiner les faits, pour s'assurer qu'elles ont des avantages évidents.

*Pyrothonide.* — Nous retrouvons ici l'emploi de cette substance préconisée par M. Ranque dans le traitement de la pharyngite simple. Le pyrothonide est un irritant assez fort; il agit par conséquent de la même manière que les médicaments précédents, quoique à un degré différent, et l'on peut admettre que dans certaines limites il a ses avantages. Mais, pour déterminer positivement quel est son degré d'efficacité, il faudrait des faits concluants et nombreux que nous ne possédons pas.

*Injections d'eau tiède.* — Dans un cas, M. Gintrac, après avoir employé inutilement les chlorures et la cautérisation par l'acide hydrochlorique, vit la maladie s'arrêter, pendant l'usage de quelques injections d'eau tiède. Il faudrait se garder, nous le répétons, d'en conclure que les premiers médicaments ont été nuisibles, et que le dernier a été efficace. On peut seulement donner une place, mais une place secondaire, dans le traitement de la pharyngite couenneuse, à ces injections, qui, poussées avec une certaine force, aident les parties à se dépouiller des lambeaux pseudo-membraneux qui les obstruent.

Il est aujourd'hui reconnu que, dans aucun cas, *on ne doit chercher à arracher avec violence* la pseudo-membrane qui recouvre le pharynx. En effet, tant que les progrès de l'affection ne sont point arrêtés, la fausse membrane a la plus grande tendance à se reproduire, et l'on a inutilement fait souffrir le malade. Si, au contraire, la maladie touche à la guérison, les lambeaux se détachent facilement d'eux-mêmes, et de simples gargarismes adoucissants suffisent pour en débarrasser les parties.

Les *gargarismes* adoucissants, légèrement acidulés ou aluminés, doivent être employés concurremment avec les moyens précédents. On prescrit les *émollients* lorsque la cautérisation paraît avoir déterminé une irritation trop vive; les *acidules*

et les *alumineux*, lorsqu'au contraire il y a très peu d'excitation et presque point de douleur dans la partie malade. Guersant propose, dans ce dernier cas, le gargarisme suivant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Sulfate acide d'alumine... | 4 gram. | Sirop de mûres ou miel rosat . | 30 gram. |
| Eau .................. | 180 gram. | | |

Tels sont les moyens topiques portés directement sur la surface enflammée. Quelques médecins ont proposé de recourir, comme *dérivatifs* ou *révulsifs*, aux *irritants cutanés* placés dans un point plus ou moins éloigné du siége du mal. Ainsi M. Mazade, dans l'*épidémie de Laval*, eut recours aux *sinapismes* et aux *vésicatoires*. Nous avons vu plus haut que M. Trousseau a observé des cas où l'on a appliqué des vésicatoires à la nuque. Aujourd'hui tout le monde reconnaît que ces moyens doivent être proscrits. Les sinapismes, les pédiluves sinapisés, etc., ont une action beaucoup trop faible pour s'opposer d'une manière un peu efficace aux progrès de la maladie, et les vésicatoires sont non-seulement inutiles, mais dangereux. C'est à leur surface que se développe ordinairement cette diphthérite cutanée dont il a été question plus haut. On ne doit donc même pas avoir recours à la *vésication superficielle*, telle qu'elle a été recommandée par M. Bretonneau dans la laryngite pseudo-membraneuse (1). Ici, en effet, il ne s'agit pas de mettre en œuvre des moyens presque désespérés, car la vie du malade n'est pas immédiatement menacée.

2° *Traitement général.* — Il serait inutile de revenir sur ce que nous avons dit, dans l'article *Croup*, du degré réel d'efficacité des *émissions sanguines*. La maladie étant de même nature, les réflexions que nous avons faites à l'occasion de la laryngite pseudo-membraneuse s'appliquent parfaitement à elle. Nous dirons seulement qu'il n'existe pas un seul cas où l'affection ait, d'une manière évidente, été arrêtée par l'emploi d'un traitement *antiphlogistique*, quelque énergique qu'il fût. La *saignée générale* est le moyen le plus souvent employé chez les adultes. Les *sangsues* sont exclusivement mises en usage chez les enfants.

Quand on veut avoir recours à ces moyens, c'est à l'époque la plus rapprochée possible du début de la maladie qu'il faut en faire usage.

*Vomitifs*, *purgatifs*. — Nous devons encore, à ce sujet, renvoyer le lecteur à ce qui a été dit de l'action des vomitifs contre le croup. Nous n'avons pas, il est vrai, des faits semblables pour apprécier l'efficacité de ces médicaments dans les cas de diphthérite bornée au pharynx; mais l'identité des deux affections fait que, sans forcer l'analogie, on peut appliquer à l'une les réflexions inspirées par l'autre. Le vomitif que Guersant emploie ordinairement est le suivant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Infusion de polygala...... | 120 gram. | Émétique................. | 0,05 gram. |
| Oxymel scillitique........ | 22 gram. | Sirop d'ipécacuanha........ | 80 gram. |

A prendre par cuillerées.

Il faut, pour que l'action de ce moyen soit complète, qu'on ne laisse pas de trop longs intervalles entre l'administration de chaque cuillerée de cette potion : dix minutes ou un quart d'heure sont les limites convenables.

(1) Voy. tome II, art. *Croup*.

Les *purgatifs* sont bien loin d'être aussi fréquemment employés. Il faut toutefois excepter le *calomel*, dont l'action sur le tube digestif est liée à une autre action propre aux préparations mercurielles. Aussi, n'ayant rien à dire de particulier des purgatifs, allons-nous nous arrêter un instant sur ces dernières préparations.

*Préparations mercurielles.* — Nous avons déjà parlé des *insufflations faites avec les poudres mercurielles;* il ne s'agira ici que des médicaments mercuriels donnés à l'intérieur, ou, pour mieux dire, du *calomel*, seul remède de ce genre qu'on ait généralement employé, et des *frictions mercurielles*. M. William Conolly de Cheltenham, cité par M. Twedie (1), prescrivit le mercure d'une manière suivie dans l'épidémie de Tours, dont M. Bretonneau nous a donné la relation. Voici comment il l'administrait :

Toutes les deux heures, il faisait prendre 0,10 gram. de calomel; puis il faisait faire des frictions mercurielles sur le cou, sur le dos et sur les bras; et, dès que la lésion locale paraissait s'amender, lorsque surtout l'action du mercure se faisait sentir sur la bouche, il commençait à éloigner les intervalles de l'administration du calomel, qu'il discontinuait bientôt, ainsi que les frictions.

Nous avons vu que M. Bretonneau, sans nier absolument l'utilité de ces moyens, les a rangés parmi les simples adjuvants. La lecture des observations ne permet pas d'avoir une opinion différente. Guersant, trouvant trop forte la dose de calomel donnée par M. Conolly, l'a réduite à 0,05 gram., et même à 0,025 gram. par chaque prise.

Enfin, lorsque l'on a cru trouver dans la maladie des caractères gangréneux, on a administré à l'intérieur les *toniques*, et en particulier le *vin de quinquina* et les amers; mais les études sur ce point ne sont pas suffisantes pour qu'on en puisse rien dire de positif. Nous aurons d'ailleurs à y revenir à l'occasion de la *pharyngite gangréneuse.*

Des *boissons émollientes*, lorsque la fièvre a un peu d'intensité et lorsque la douleur est un peu vive; *excitantes*, comme l'*infusion de sauge*, lorsque la douleur est nulle et qu'il y a beaucoup d'abattement; la *diète*, dans le premier cas; un peu de *bouillon léger*, surtout chez les enfants, dans le second; une *douce température* dans une chambre suffisamment aérée : tels sont les moyens qui complètent ce traitement, dont les principaux détails se trouvent dans l'article *Croup*, que nous avons dû plusieurs fois citer.

3° *Traitement préservatif.* — Un seul mot suffit sur ce point : tous les médicaments, tous les régimes échouent; l'*éloignement des sujets* est seul utile.

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de donner des ordonnances, car il est très facile d'appliquer celles qui ont été présentées dans l'histoire du croup à l'affection qui nous occupe.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement local.* — Cautérisation par les acides, par le nitrate d'argent; insufflation des poudres cathérétiques : alun, chlorure de chaux, de soude, etc.; insufflation de poudres mercurielles; scarifications; pyrothonide; injections d'eau

(1) *Cyclopædia of pract. med.*, art. ANGINA.

tiède, adoucissants, émollients; acidules, gargarismes excitants; révulsifs, dérivatifs.

2° *Traitement général.* — Vomitifs, purgatifs; préparations mercurielles; toniques, amers; boissons émollientes, excitantes.

## ARTICLE VIII.

### PHARYNGITE ULCÉREUSE.

La *pharyngite ulcéreuse* n'a point été l'objet d'une description particulière de la part des principaux auteurs de pathologie. A peine J. Frank en donne-t-il une vague indication; il faut aller chercher dans les recueils et dans les traités particuliers, sous le titre d'*ulcères du pharynx*, les observations isolées de cette maladie, qui cependant doit intéresser, sous tous les rapports, les médecins.

Si nous jetons un coup d'œil sur les principaux faits que possède la science, nous voyons que la *pharyngite ulcéreuse simple* est, sinon entièrement inconnue, du moins excessivement rare. C'est dans le cours de certaines maladies, de la *fièvre typhoïde* en particulier, parmi les maladies aiguës, et de la *phthisie pulmonaire* parmi les maladies chroniques, qu'on voit survenir les ulcères du pharynx. Mais il est une autre espèce de pharyngite ulcéreuse qui est, sans contredit, la plus commune, et de beaucoup la plus importante : nous voulons parler de la *pharyngite ulcéreuse syphilitique*.

M. le docteur Hamilton (1) a décrit une angine ulcéreuse, qu'il regarde comme de *nature scrofuleuse;* mais il ne me paraît pas démontré que la maladie ne fût pas de nature syphilitique. Les faits rapportés par l'auteur laissent des doutes sur ce point. Les cas qu'il cite furent traités avec succès par la salsepareille, l'iodure de potassium, et la cautérisation avec le nitrate d'argent. C'est donc sur la pharyngite syphilitique que nous insisterons principalement dans cet article.

1° *Pharyngite ulcéreuse survenant dans le cours d'une autre maladie.* — D'après ce que nous venons de dire, il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de donner la description des ulcères du pharynx développés sans maladies antécédentes, et hors de l'influence du virus syphilitique : c'est donc à l'histoire des affections dont la pharyngite ulcéreuse est une conséquence qu'il faut emprunter ce que nous avons à en dire. Nous savons bien qu'en pareil cas elle ne constitue qu'une complication, ou, pour mieux dire, qu'une *lésion secondaire*, et que, par conséquent, d'après les principes que nous avons plusieurs fois établis, nous devrions nous borner à en parler à l'occasion de la maladie principale; mais cette lésion est parfois assez grave pour exciter la sollicitude du médecin, et, à ce titre, elle mérite qu'on en dise quelques mots à part.

C'est, ainsi que nous venons de le dire, *dans le cours de la fièvre typhoïde* que se montrent, le plus souvent, les ulcérations du pharynx, et M. Louis a noté qu'elles ne se sont jamais développées chez les sujets qui ont succombé avant le vingt-cinquième jour de la maladie. C'est donc une lésion secondaire, tardive,

(1) *Dublin Journ. of med. science*, novembre 1844.

une de ces inflammations particulières qui viennent s'ajouter à la maladie principale pour en augmenter la gravité.

L'observateur que nous venons de citer n'a rencontré cette lésion que dans un petit nombre de cas; mais il y a ceci de remarquable, qu'il ne l'a vue apparaître dans aucune autre affection aiguë. D'où il résulte, au moins dans l'état actuel de la science, que les ulcérations du pharynx sont *un des caractères anatomiques secondaires* de la fièvre typhoïde. Ces considérations nous font comprendre comment la pharyngite ulcéreuse sans affection concomitante est une maladie si rare, pour ne pas dire inconnue : si, la fièvre typhoïde exceptée, elle ne complique aucune des affections aiguës dans lesquelles cependant on peut trouver l'ulcération d'autres organes, à plus forte raison ne se montrera-t-elle pas spontanément.

Dans les cas où l'affection survient dans le cours d'une fièvre typhoïde, les *symptômes* peuvent manquer complétement. Il en est ainsi lorsque les sujets sont en proie au délire ou sont plongés dans la somnolence. Dans les autres cas, ces symptômes consistent dans la *gêne de la déglutition*, qui peut être quelquefois très grande, et dans une *douleur vive* ou un *pincement* signalé par quelques auteurs anciens. Au reste, l'*inspection de la gorge* peut parfois faire connaître la nature et l'étendue de la lésion, ce qui lève tous les doutes sur la cause de ces symptômes.

Tantôt il existe *un large ulcère* sur une partie des parois du pharynx, tantôt celles-ci sont *parsemées de petites ulcérations;* ce dernier cas est le plus fréquent. *Dans les grandes ulcérations*, on peut observer le décollement des bords et des lésions plus ou moins profondes du tissu muqueux. *Dans les petites*, la perte de substance paraît faite comme avec un emporte-pièce, aux dépens du tissu muqueux.

Mais c'est assez insister sur ces lésions secondaires, malgré toute l'importance qu'elles peuvent avoir. Quant aux ulcérations qui se montrent dans la *phthisie pulmonaire*, nous renvoyons à ce que nous en avons dit à l'occasion de cette dernière maladie.

2° *Pharyngite ulcéreuse syphilitique.* — C'est elle, nous le répétons, qui doit particulièrement fixer notre attention.

Cette affection, qui a reçu les noms de *chancre du pharynx*, d'*ulcère syphilitique de la gorge*, peut occuper le voile du palais, ses piliers, les amygdales et les parois du pharynx. Elle présente des particularités importantes, suivant qu'elle se montre dans l'un ou l'autre de ces points.

Il est évident que nous n'avons pas à nous occuper d'une manière particulière des *causes* de cette lésion, puisque nous reconnaissons tout d'abord qu'elle est produite par le *virus syphilitique;* mais nous savons que les ulcères vénériens sont ordinairement divisés en *primitifs* et *consécutifs;* or, cette pharyngite peut-elle être *primitive?* Les syphiliographes ont cité plusieurs faits qui le prouvent; mais, dans l'immense majorité des cas, elle n'est autre chose qu'un accident consécutif.

Il serait inutile de recherсher s'il existe des circonstances particulières qui favorisent le développement de cette affection; les travaux des auteurs sont muets sur ce point. Quant à la *forme de l'affection primitive* qui donne le plus souvent lieu à l'apparition de la lésion secondaire, on peut voir, à l'article *Stomatite ulcéreuse*, les considérations que nous avons présentées et qui s'appliquent parfaitement à la maladie dont nous nous occupons.

*Signes et symptômes.* — Les chancres du pharynx ont ordinairement une *forme rondie;* ils sont plus ou moins profonds; leurs *bords* sont coupés à pic et ordi-irement saillants, leur *fond* est d'un gris sale. Ils présentent autour d'eux *une ugeur comme érysipélateuse* plus ou moins étendue.

Mais, dans d'autres circonstances, ils ne conservent pas cette forme arrondie; sont *serpigineux*, s'étendent dans un sens quelconque et ravagent une grande rtie du pharynx. On a encore observé la forme *phagédénique*, c'est-à-dire celle ns laquelle les tissus sont rongés profondément avec plus ou moins de rapidité, manière à perforer les membranes, et souvent à mettre à nu les parties dures. M. Ricord a décrit deux variétés de cette dernière forme. La première est dési-ée par lui sous le nom de *chancre phagédénique pultacé* ou *diphthéritique*, et seconde sous celui de *chancre phagédénique gangréneux*. Ces expressions font ez comprendre quels sont les caractères de ces deux espèces d'ulcères, et l'on it qu'en général la maladie syphilitique, tout en donnant aux affections secon-ires un caractère spécifique dont il faut tenir compte, leur laisse la forme que us leur avons reconnue dans les cas où l'affection est simple. C'est une loi que us avons plus d'une fois mentionnée lorsque nous nous sommes occupé des ions syphilitiques consécutives, et en particulier des *syphilides*.

Enfin on a tenu compte de l'élévation, de la dureté des bords de l'ulcère, d'où résulté le *chancre à bords durs* ou le *chancre huntérien*, et le *chancre vulgaire*. . sait quelle est la manière de voir de M. Ricord (1) sur la valeur pronostique de s ulcères, dans les cas où ils sont primitifs.

Tels sont les caractères communs des ulcères du pharynx; mais il en est qui leur nt propres, suivant qu'ils occupent tels ou tels points de la cavité pharyngienne, où il résulte que les symptômes sont variables dans les diverses espèces. Exami-ns-les donc successivement.

1° *Pharyngite syphilitique ulcéreuse ayant son siége au voile du palais* (*pala-e ulcéreuse syphilitique*). — On rencontre quelquefois sur le voile du palais et r ses piliers des *ulcérations* en assez grand nombre, rondes, présentant un fond isâtre, des bords taillés à pic et entourés d'une auréole rouge, diffuse. Ces ulcé-tions sont superficielles; elles ne déterminent qu'une *faible douleur;* mais, dans rtains cas, elles sont très persistantes. On peut parvenir à les faire cicatriser en ut ou en partie; mais parfois elles se reproduisent avec la plus grande facilité. . A. Cazenave (2) a rapporté un cas dans lequel, pendant huit ans, on a employé inement les moyens en apparence les mieux appropriés pour faire disparaître tte affection rebelle.

Dans d'autres circonstances, les choses ne se passent point ainsi. On voit appa-ître sur un des points du voile du palais, ou sur ses piliers, un *gonflement*, avec ie rougeur obscure accompagnée d'une *gêne légère de la déglutition* et d'une *ible douleur*. Ce gonflement persiste pendant un nombre de jours assez considé-ble. Puis on voit apparaître vers son centre une *tache* jaune, grisâtre, et bientôt rès l'*ulcération* commence. Elle s'étend dans tous les sens, et envahit les ints occupés par la rougeur et le gonflement, qui, à leur tour, se portent plus

(1) Voy. *Stomatite ulcéreuse*.
(2) *Traité des syphilides*, p. 439.

loin. Elle s'empare des tissus profonds, et enfin elle détermine la *perforation* du voile du palais et même la *dénudation des os* au point où ce voile membraneux vient s'insérer.

Assez fréquemment, l'ulcération est, en pareil cas, irrégulière. Il semble souvent que, dès le principe, toute l'épaisseur du voile du palais est affectée, et alors la partie envahie paraît comme tombée en gangrène. On voit, d'un bord de la perforation à l'autre, s'étendre des brides de tissu jaunâtre, mortifié, reste des tissus spécifiquement enflammés. Quoique présentant des irrégularités, les *bords* de la perforation sont toujours coupés net; ils sont un peu gonflés, offrent une couleur d'un gris sale, et laissent écouler un liquide ordinairement sanieux. Si, ce qui est fréquent, la perforation occupe un point voisin du bord libre du voile du palais, ou si elle fait des progrès très considérables, ce bord est envahi, le voile du palais est divisé complétement et quelquefois la luette est détruite.

Le principal symptôme des ulcérations superficielles est, ainsi que nous l'avons dit, une douleur et une gêne légères vers l'isthme du gosier. Les symptômes des ulcérations profondes et des perforations sont plus graves. La *douleur* cependant n'est point ordinairement très intense. Dans quelques cas seulement où l'affection prend une marche très rapide, soit au début, soit à une époque plus ou moins avancée de son cours, les bords de l'ulcération sont violemment enflammés, et il en résulte une douleur beaucoup plus vive. La *déglutition* est cependant médiocrement gênée. Il en est tout autrement de la *parole*, qui, plus ou moins voilée lorsque la perforation n'existe pas encore, devient extrêmement difficile et nasonnée lorsque la perforation est complète. Cela tient à ce que le voile du palais ne pouvant plus empêcher l'air de traverser presque uniquement les fosses nasales quand on parle, celles-ci altèrent le son par leur retentissement. Ce phénomène est encore plus sensible lorsque le voile du palais est complétement divisé, et que l'affection a été portée au point de dénuder les os.

*Pharyngite tonsillaire syphilitique ulcéreuse* (*ulcère syphilitique des amygdales*).—Suivant les auteurs qui se sont occupés des maladies vénériennes, les ulcères syphilitiques des amygdales sont ordinairement plus profonds et plus larges que ceux du voile du palais. Leurs *bords* sont exactement taillés à pic ; ils présentent une *surface* grisâtre, arrondie, qui pénètre quelquefois toute l'épaisseur de la glande (Cazenave). Dans quelques circonstances même, on voit se développer sur ces glandes l'ulcère phagédénique, qui quelquefois marche avec une grande rapidité. Alors les amygdales sont promptement détruites; les autres parties du pharynx sont rapidement envahies, et il en résulte les plus grands désordres, tels que la *dénudation* des os et la *nécrose*.

Le voisinage de grosses artères rend cette affection beaucoup plus dangereuse encore. Nous en voyons un exemple dans un cas cité par M. Herbert-Mayo (1). Un ulcère de ce genre détermina une *hémorrhagie* qui menaçait d'être mortelle, et qui ne put être arrêtée que par la ligature de l'artère carotide. M. Mayo rappelle à ce sujet un cas semblable rapporté par le docteur Watson. Dans ces deux cas, c'était l'artère linguale qui avait fourni le sang. On conçoit même que l'artère

(1) *The London med. and surg. Journ.*, décembre 1829 ; extrait dans les *Archives gén. de méd.*, 1830, t. XXII.

carotide, voisine de l'amygdale, pourrait être envahie par l'ulcération, d'où résulterait une hémorrhagie foudroyante; mais nous ne connaissons pas d'exemple de cet accident, si ce n'est peut-être un fait communiqué par M. Daniell (1), à la Société médicale de Westminster. Voici le résumé de cette curieuse observation : Un malade d'un tempérament essentiellement scrofuleux fut atteint au cou de glandes scrofuleuses, qui s'abcédèrent, se cicatrisèrent, et furent bientôt remplacées par une tuméfaction de l'amygdale gauche; cette glande ayant fini par s'ulcérer, donna lieu tout à coup à une hémorrhagie qu'on évalua à un litre environ. La ligature de l'artère carotide primitive fut aussitôt pratiquée par M. Morgan, et l'hémorrhagie cessa immédiatement. Le malade guérit; mais il fut impossible de reconnaître l'artère qui avait donné lieu à un écoulement si abondant et si terrible de sang. C'est dans des cas de ce genre que M. Ricord a observé principalement les deux formes d'*ulcère phagédénique diphthéritique* et d'*ulcère phagédénique gangréneux*, sur lesquelles il serait inutile d'insister.

Les *symptômes* propres à l'ulcération des amygdales ne sont pas très nombreux. La *gêne de la déglutition* n'est portée à un haut degré que dans les cas où, par suite de la marche très rapide de la maladie, l'inflammation est vive. La matière de l'*expectoration* contient des débris de l'amygdale détruite : une espèce de détritus, de sanie résultant de la suppuration. Souvent on trouve, sur les parties latérales du cou, les ganglions engorgés et douloureux, ce qui occasionne une difficulté plus ou moins grande à ouvrir la bouche. Nous n'avons pas besoin de rappeler, comme symptôme, l'*hémorrhagie* dont nous venons de parler.

Lorsque l'ulcère des amygdales a le caractère phagédénique, et qu'il a fait de grands progrès, il en résulte un affaiblissement général avec amaigrissement, décoloration, fièvre lente, en un mot tous les signes de la *cachexie syphilitique.*

*Pharyngite syphilitique ulcéreuse des parties reculées du pharynx.* — Nous retrouvons ici la *tuméfaction*, la *rougeur* obscure préalable, le *fond grisâtre* de l'ulcération, l'élévation des *bords*, et leur section nette. La surface de l'ulcère paraît assez fortement déprimée; quelquefois elle se recouvre de mucosités épaisses qui pourraient empêcher de la découvrir, si l'on n'avait soin de nettoyer le pharynx. Dans d'autres circonstances, ainsi que le fait remarquer M. Cazenave, l'ulcère est situé à la partie supérieure de la cavité pharyngienne, et il faut un examen attentif pour le découvrir derrière le voile du palais. Comme les précédents, cet ulcère peut être rongeant, détruire tous les tissus mous, mettre à nu les os, et déterminer par là leur nécrose. M. Lagneau a vu des cas de ce genre.

Quant aux *symptômes* propres à cette variété, ils sont peu nombreux. Si l'ulcère est situé très haut sur la paroi postérieure du pharynx, il en résulte, suivant la remarque de M. Cazenave, une *otalgie* qui se produit surtout la nuit, et qui s'accompagne de *tintements d'oreille.* Ce symptôme est très pénible et alarme beaucoup les malades. On l'observe aussi dans les cas d'amygdalite ulcéreuse, mais bien moins fréquemment que dans celui dont il s'agit.

Si, au contraire, l'ulcère occupe la partie inférieure du pharynx, la *déglutition est beaucoup plus gênée* que dans les autres cas, et l'on constate en même temps l'*intégrité de la voix* et l'absence de toute lésion dans la partie supérieure de la

(1) Séance du 24 novembre 1849, et *Union médicale*, 18 avril 1850.

cavité. Il faut toutefois, pour qu'il en soit ainsi, que l'ulcération ne se porte pas vers le larynx, ce qu'elle n'a que trop de tendance à faire.

Si maintenant nous recherchons quels sont les *symptômes communs* de ces variétés d'une même affection, nous les trouvons dans la gêne ordinairement médiocre de la déglutition, dans les altérations de la voix, dans la fétidité plus ou moins grande de l'haleine, et dans l'inquiétude qu'elles inspirent presque constamment au malade.

M. Deville (1) a observé un cas dans lequel une angine syphilitique s'est accompagnée d'un *trismus* qui a duré jusqu'à la mort. Il y avait une vingtaine d'ulcérations grisâtres et à bords taillés à pic dans le pharynx, qui était d'un rouge très sombre.

Jusqu'ici nous avons étudié séparément ces trois variétés pour la facilité de la description ; mais il faut ajouter que souvent les ulcères envahissent plusieurs points du pharynx à la fois. Il suffit de signaler ce fait pour qu'on comprenne ce qui se passe dans ces cas complexes.

Une fois développée, la maladie, surtout quand elle est consécutive, n'a point de tendance naturelle à la guérison. Lorsque, par un traitement approprié, on est parvenu à s'en rendre maître, on voit les ulcères se déterger, leurs bords s'affaisser et se rapprocher du centre. La gêne de la déglutition et le peu de douleur qui existaient disparaissent ; et si l'ulcère était superficiel, il ne reste aucune trace du mal. Si, au contraire, l'ulcération a pénétré profondément, il reste une cicatrice blanche, irrégulière, très visible. M. Rayer (2) en a figuré plusieurs qui occupaient une grande étendue du voile du palais et de la voûte palatine.

*Marche, durée, terminaison.* — La *marche* de la pharyngite syphilitique ulcéreuse est très importante à considérer ; elle est presque toujours lente. La persistance des symptômes, alors même que l'ulcération ne s'est pas encore produite, n'est nullement en rapport avec le peu de gravité apparente de la maladie. Pendant quinze jours, trois semaines, plus longtemps encore, on peut n'apercevoir dans les diverses parties de la gorge qu'une rougeur obscure avec un gonflement léger ; puis l'ulcération commence, et alors on ne peut plus avoir de doutes sur la nature de l'affection. Les ulcères eux-mêmes peuvent rester longtemps stationnaires, ce qui ne les empêche pas de faire ensuite, et quelquefois tout à coup, à une époque variable, des progrès très rapides. Il n'est donc pas toujours permis de juger, d'après les premiers progrès du mal, s'il aura dans son cours une marche lente ou rapide. Cependant si, après un petit nombre de jours de durée, l'ulcération est déjà manifeste, on pourra craindre qu'elle ne marche avec une très grande rapidité, et ne présente les caractères de l'ulcère phagédénique.

Il en résulte que la *durée* de l'affection, quoique longue en général, est cependant assez variable. Dans les cas où, par suite de l'épuisement et de la cachexie syphilitique, les malades sont entraînés au tombeau, ils peuvent pendant très longtemps être en proie à cette cruelle affection.

Nous venons de dire que la pharyngite ulcéreuse syphilitique se termine quelquefois par la mort. Cette *terminaison* est heureusement fort rare. Tantôt elle est

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1845.
(2) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, atlas, in-4°, pl. col.

causée par un ulcère phagédénique aigu qui a rapidement détruit une très grande étendue des tissus; tantôt la mort survient lentement, et alors un grand nombre d'autres symptômes syphilitiques, comme les ulcères dans d'autres parties du corps, les exostoses, les nécroses, y contribuent pour une grande partie.

*Lésions anatomiques.* — Nous devons exposer en peu de mots les lésions anatomiques qui ont été déjà indiquées dans la description des symptômes. Les perforations du voile du palais; la destruction des parties molles; la muqueuse au pourtour, ainsi que le tissu sous-muqueux, rouges, infiltrés, indurés ou ramollis; le détritus sanieux ou gangréneux qui occupe le fond des ulcères; les os mis à nu, nécrosés; le liquide purulent, de mauvaise nature, qui les baigne : telles sont les altérations qu'on a trouvées à l'ouverture du corps, dans les cas rares où les désordres ont été assez considérables pour entraîner la mort, ou chez les sujets qui ont succombé à une autre maladie.

*Diagnostic, pronostic.* — Le *diagnostic* de la pharyngite syphilitique ulcéreuse présente des particularités importantes. Il s'agit, en effet, de savoir non-seulement s'il existe une pharyngite, mais quelle est sa nature. Voyons donc avec quelles autres maladies du pharynx on pourrait la confondre. Il faudrait pour cela étudier la pharyngite avant et après l'ulcération.

*Avant l'ulcération*, le diagnostic est assez difficile. Cependant on peut l'établir en tenant compte des principales circonstances. Nous avons vu que, par sa marche, la pharyngite syphilitique se distingue de la *pharyngite simple aiguë*. La première a, dans presque tous les cas, une marche chronique très remarquable. Si, au contraire, elle marche avec une grande rapidité, l'ulcération se montre presque aussitôt, ce qui suffit pour éloigner immédiatement l'idée d'une pharyngite simple.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de la distinguer de la *pharyngite simple chronique*. Les symptômes sont en effet à très peu près les mêmes. Cependant si la rougeur, le gonflement, la sensation de gêne éprouvés par le malade se montrent *dans un point limité du pharynx*, si la maladie fait chaque jour des progrès réels, quoique lents; si la partie enflammée a cette rougeur luisante et cette sécheresse remarquable signalées par M. Cazenave; si, enfin, les antécédents du malade donnent l'idée d'une infection générale, on doit, de préférence, admettre l'existence de la pharyngite ulcéreuse syphilitique. Si le sujet présentait en même temps d'autres symptômes de syphilis constitutionnelle, tels que des ulcères, une éruption de syphilides, etc., il ne resterait plus de doutes sur la nature de l'affection.

Le diagnostic de la pharyngite syphilitique ulcéreuse et des *ulcères d'une autre nature* développés dans la cavité pharyngienne a plus particulièrement attiré l'attention des auteurs. M. Lagneau (1) a dressé un tableau des signes diagnostiques différentiels de ces diverses affections; mais il y a fait entrer les ulcères de la bouche aussi bien que ceux du pharynx. Quant à nous, nous écarterons les ulcères scorbutiques qui occupent presque exclusivement la bouche, et qui se montrent dans les circonstances tellement tranchées, que l'erreur de diagnostic n'est pas à craindre; les ulcères mercuriels qui se montrent dans le cours d'une salivation dont le siége principal est encore la bouche, et les diverses espèces d'aphthes qui n'ont que des rapports très éloignés avec la maladie qui nous occupe. Il ne reste donc plus que les *ulcères simples* et l'*ulcère cancéreux*.

(1) *Loc. cit.*, p. 260 et 291.

Les *ulcères simples* sont très rares, comme nous l'avons constaté plus haut. Ils résultent de l'ouverture de petits abcès qui avaient leur siége dans les amygdales, et cette circonstance suffit déjà pour éloigner l'idée de l'ulcère syphilitique. Suivant M. Lagneau, leur surface d'un rouge très vermeil, leur circonférence de couleur naturelle, leur petit nombre, la douleur vive qu'ils occasionnent, contrastent avec les conditions opposées où se trouvent les ulcères vénériens.

Quant à l'*ulcère cancéreux*, qui quelquefois en a imposé comme une pharyngite syphilitique ulcéreuse, nous indiquerons son diagnostic dans un des articles suivants, après avoir dit quelques mots du *cancer du pharynx*.

## TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

### 1° *Signes distinctifs de la pharyngite syphilitique ulcéreuse avant l'ulcération et de la pharyngite simple aiguë.*

| PHARYNGITE SYPHILITIQUE NON ENCORE ULCÉRÉE. | PHARYNGITE SIMPLE AIGUË. |
|---|---|
| Ordinairement *marche chronique*. | *Marche aiguë*. |
| Dans les cas où la marche est aiguë, *ulcérations très promptement développées*. | *Point d'ulcérations*. |

### 2° *Signes distinctifs de la pharyngite syphilitique avant l'ulcération et de la pharyngite simple chronique.*

| PHARYNGITE SYPHILITIQUE NON ULCÉRÉE. | PHARYNGITE SIMPLE CHRONIQUE. |
|---|---|
| Rougeur, gonflement, gêne, *limités à un point circonscrit* du pharynx. | Rougeur, gonflement, gêne, *étendus à une grande partie* du pharynx. |
| Chaque jour, *progrès réels*, quoique lents. | Maladie *presque stationnaire*. |
| *Aspect luisant* et *sécheresse* remarquable de la muqueuse. | Muqueuse *couverte de mucosités*, quelquefois puriformes. |
| *Commémoratifs : infection syphilitique ;* chancres, bubons, cicatrices, etc. | *Point d'infection syphilitique* antécédente, pas de chancres, pas de bubons, etc. (signe douteux). |
| *Symptômes concomitants :* ulcères, nécroses, syphilides, etc. | *Point de symptômes syphilitiques concomitants.* |

### 3° *Signes distinctifs de la pharyngite ulcéreuse syphilitique et de la pharyngite ulcéreuse simple.*

| PHARYNGITE ULCÉREUSE SIMPLE. | PHARYNGITE ULCÉREUSE SIMPLE. |
|---|---|
| *Fréquente.* | *Très rare.* |
| Se développe *spontanément*. | *Succède à l'ouverture des abcès.* |
| Fond *grisâtre*. | Fond *rouge vermeil*. |
| Circonférence d'*un rouge obscur* plus ou moins étendue. | Circonférence de *couleur naturelle*. |
| Ulcères quelquefois *en assez grand nombre*. | *Un seul ulcère* ordinairement. |
| *Gêne* plutôt que douleur. | *Douleur* vive. |

*Pronostic.* — Le pronostic de la pharyngite ulcéreuse syphilitique dépend de plusieurs circonstances qui le rendent assez compliqué. Dans un grand nombre de cas, l'affection de la gorge n'étant qu'une partie de la maladie, il est évident que le

nostic ne saurait être porté qu'en ayant égard aux diverses autres lésions déve-
ées sur les différents points du corps.

Cependant on peut, de l'état même de la gorge, tirer quelques conséquences
es pour le pronostic. Si l'ulcération s'est montrée très promptement; si, en peu
temps, elle a fait des progrès considérables; si les bords en sont très enflammés
e fond sanieux, le pronostic est grave, car on a affaire à l'ulcère rongeant, qui
t occasionner les plus grands désordres.

D'après le fait cité par M. Cazenave, nous avons vu qu'alors même que les ulcé-
ons sont petites et très superficielles, on ne peut pas en conclure que la maladie
era facilement au traitement approprié; tout ce qu'il est permis de dire, c'est
il est plus que probable que l'affection ne fera point de progrès alarmants.

Enfin, dans les ulcères à marche chronique, c'est dans l'état général qu'il faut
rcher les principaux éléments du pronostic, qui est assez grave lorsqu'on ob-
re les signes de la cachexie syphilitique.

*Traitement.* — Si nous voulons entrer dans tous les détails que comporte le
tement de la pharyngite ulcéreuse syphilitique, nous aurons à citer presque
s les moyens mis en usage contre la syphilis constitutionnelle; mais ces moyens
été exposés ailleurs; ici il importe seulement d'indiquer ceux qui s'appliquent
s particulièrement à la cure des ulcères syphilitiques de la gorge. Nous com-
ncerons par le traitement local.

*Traitement local.* — Il faut d'abord examiner si les ulcères sont très doulou-
ux, très enflammés, ou bien s'ils ne présentent que cette inflammation, cette
uleur légère qui se montrent dans le plus grand nombre des cas. Le traitement
al est, en effet, très différent suivant ces deux circonstances.

*Traitement local des ulcères fortement enflammés.* — Les gargarismes adoucis-
nts composés de *lait tiède*, d'*eau d'orge miellée*, de décoction de *graine de lin*,
racine de *guimauve*, etc., en un mot les divers émollients, sont généralement
ployés dans ce cas. Si la douleur est très vive, on ajoute à ces gargarismes 15 à
gouttes de *teinture d'opium*. C'est dans les cas de ce genre qu'on s'est bien
uvé de lotions fréquentes à l'aide de l'*eau tiède* simple. On peut aussi employer
*collutoire* suivant proposé par Rust (1) :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ calomel | 4 gram. | Eau de chaux | 120 gram. |
| Opium | 1,25 gram. | | |

Mêlez. Pour toucher, à l'aide d'un pinceau, les ulcères de la gorge.

En même temps on applique à l'extérieur des préparations émollientes, comme
fomentations autour du cou avec l'eau de guimauve, les cataplasmes, etc.

Lorsque, à l'aide de ce traitement, on a ramené l'ulcération à un état inflam-
atoire modéré, on emploie les moyens qui seront indiqués plus loin, et qui sont
stinés à combattre le caractère spécifique de la maladie.

Il est cependant une circonstance dans laquelle on ne doit pas agir de cette ma-
ère, c'est lorsqu'il existe un de ces *ulcères rongeants phagédéniques*, dont il est
portant d'arrêter les progrès par des moyens énergiques. Dans ces cas, il faut
hâter d'appliquer sur la partie ulcérée des médicaments actifs qui modifient

(1) *Helkologie*. Vienne, 1811, t. II.

l'inflammation, et d'administrer en même temps à l'intérieur un traitement antisyphilitique énergique; en un mot, de se conduire promptement de la manière qui va être indiquée pour les ulcères peu enflammés, et dont la marche n'est pas très rapide.

*Traitement des ulcères peu enflammés.* — Dans cette seconde espèce d'ulcères, le traitement local doit être excitant, cathérétique et antisyphilitique. A cet effet, on emploie divers *gargarismes* dont les auteurs ont conseillé un nombre très considérable. Nous devons nous borner à en indiquer quelques-uns, tout en regrettant que des recherches exactes n'aient point fait connaître la valeur relative de ces divers moyens. Au lieu d'indiquer chaque jour quelque médicament nouveau, on agirait bien plus utilement pour la science, en soumettant à un examen attentif ceux qui ont été déjà proposés et vantés.

*Collutoires stimulants.* — M. Cullerier avait recours, presque indifféremment, aux diverses préparations suivantes, qu'il faisait appliquer avec un pinceau sur la surface ulcérée :

1° *Solution de sulfate de zinc.*

℞ Eau pure ............... 30 gram. | Sulfate de zinc ....... 0,05 à 0,10 gram.

Dissolvez. Pour toucher les ulcères trois ou quatre fois par jour.

2° *Solution de sulfate de cuivre.*

℞ Eau .................... 30 gram. | Sulfate de cuivre .. 0,025 à 0,05 gram.

Dissolvez. A employer comme la solution précédente.

3° *Solution d'eau créosotée.*

℞ Eau .................... 30 gram. | Créosote .................... 1 goutte.

Touchez deux ou trois fois par jour les ulcères avec cette solution.

Il est important, après l'emploi de ces gargarismes, et surtout du dernier, de faire gargariser les malades avec une décoction émolliente.

*Iode.* — On peut employer de la même manière la *solution iodurée*, qui jouit en même temps de l'action spécifique qui lui communique l'iode. Pour cela on emploie la formule suivante :

℞ Iode très pur ............. 4 gram. | Eau distillée ................. 60 gram.
Iodure de potassium ........ 8 gram. |

Touchez deux ou trois fois par jour les parties malades avec un pinceau de charpie imbibée de cette liqueur.

On conçoit qu'on pourrait multiplier ces formules en indiquant les divers excitants dont on peut se servir pour animer la surface de l'ulcère.

*Collutoires mercuriels.* — Souvent, dit M. Cullerier, ce traitement suffit pour obtenir la cicatrisation des ulcères primitifs de la gorge; mais parfois l'affection résiste : alors, aussi bien que dans les cas d'ulcères consécutifs, il faut avoir

recours à des moyens spécifiques. Dans ce but, on emploie les divers *collutoires mercuriels*, tels que les suivants, dont le premier est proposé par cet auteur :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau distillée.......... | 30 gram. | Laudanum............ | 6 à 10 gouttes. |
| Deutochlorure de mercure | 0,12 gram | | |

Pour toucher les ulcères matin et soir.

Rust recommandait le *collutoire suivant :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Deutochlor. de mercure, | 0,30 à 0,60 gram. | Teinture d'opium.............. | 4 gram. |
| Extrait de ciguë......... | àâ 8 gram. | Miel rosat.................. | 30 gram. |
| — de camomille..... | | | |

Pour toucher deux fois par jour, à l'aide d'un pinceau, la surface des ulcères.

*Insufflations de poudres mercurielles.* — Ces insufflations ne présentant rien de particulier dans cette affection, il me suffit de renvoyer à l'article *Coryza chronique* (tome II, p. 302), où l'on trouvera la description des insufflations telles qu'elles sont prescrites par M. Trousseau. L'insufflation de poudres cathérétiques, comme la *poudre d'alun*, *de sulfate de zinc*, etc., se fait de la même manière.

Ces divers moyens employés pour porter sur la surface ulcérée la préparation médicamenteuse valent mieux que les gargarismes, qui font faire au malade des mouvements douloureux, et dans lesquels la substance médicamenteuse ne peut entrer que dans une très faible proportion.

*Caustiques.* — Quelquefois, et surtout lorsqu'on veut arrêter rapidement les progrès d'une ulcération alarmante, on emploie des caustiques assez actifs. M. Cullerier conseille la cautérisation à l'aide du *crayon de nitrate d'argent.* Il vaut mieux peut-être recourir à la cautérisation par une *solution concentrée de ce sel*, que l'on portera sur la surface ulcérée à l'aide d'une petite éponge fixée sur une tige de baleine. Les acides *hydrochlorique*, *nitrique*, *sulfurique*, *nitrate acide de mercure*, sont employés de la même manière, mêlés, à parties égales, au miel rosat. Nous avons eu tant de fois occasion d'indiquer cette cautérisation des divers ulcères, qu'il est inutile d'y insister davantage ici.

Nous croyons devoir faire connaître, après ces moyens, un topique conseillé par Brera, et composé d'un grand nombre de substances, tout en reconnaissant qu'il est impossible de dire s'il a quelque avantage sur les autres collutoires déjà cités. Si les ulcères sont invétérés, Brera conseille de les toucher souvent avec la composition suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Racine d'aristoloche ronde. | àâ 15 gram. | Écorce de bois de gaïac...... | 5 gram. |
| — — longue. | | Girofle.................... | 8 gram. |
| Iris de Florence.......... | | Camphre.................. | 12 gram. |
| Poudre de gomme opopanax | àâ 8 gram. | Alcool.................... | 300 gram. |
| Sagapénum............ | | | |

Mêlez. Faites infuser pendant vingt-quatre heures, et conservez dans un vase clos.

C'est sans doute par ses vertus excitantes que ce collutoire a de l'action sur les ulcères vénériens.

*Collutoires désinfectants.* — Nous avons vu, à l'article *Coryza ulcéreux*

(voy. tome II, p. 328), la solution de divers *chlorures* employée avec succès; on s'en est également servi dans les ulcères de la gorge. Voici celle qu'on emploie à la Maison de santé de Paris, contre les ulcérations des gencives, et qu'on peut appliquer à la pharyngite ulcéreuse.

*Solution chlorurée.*

Gomme adragante........................ 0,60 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau de fontaine........................ 120 gram.

Ajoutez :

| | |
|---|---|
| Sirop de sucre............ 15 gram. | Chlore liquide.............. 15 gram. |

Mêlez exactement. C'est à l'aide d'un pinceau qu'il faut encore porter le mélange sur la surface ulcérée.

*Cinabre.* — Enfin on a eu recours, dans les cas très rebelles, aux *fumigations de cinabre.* Nous renvoyons, pour la manière de pratiquer ces fumigations, à l'article *Coryza ulcéreux* (tome II, p. 335), dans lequel nous avons fait connaître la méthode de M. Werneck, et nous nous bornons à indiquer ici un moyen fort simple proposé par Dalmas, pour porter vers la gorge les *vapeurs cinabrées.*

FUMIGATIONS CINABRÉES A L'AIDE DU TABAC MERCURIEL.

Roulez dans du cinabre porphyrisé des feuilles de sauge imprégnées d'une eau fortement gommée. Lorsqu'elles seront bien chargées de sulfure de mercure, faites-les dessécher à l'air libre; puis, faites fumer au malade, chaque jour, deux pipes chargées de ce tabac : augmentez ce nombre d'une pipe tous les trois ou quatre jours jusqu'à ce qu'il soit arrivé à fumer à peu près 2 grammes de cinabre dans la journée. Après chaque pipe, le malade se gargarisera avec une décoction d'eau d'orge miellée.

M. Venot, qui a employé ce moyen dans un cas où le *sirop de Larrey*, les *frictions mercurielles*, divers gargarismes et collyres avaient été vainement mis en usage, observa, au bout de huit jours, une amélioration sensible dans les ulcérations profondes qui siégeaient sur les tonsilles, et vit disparaître tous les symptômes en un mois. Ce moyen doit donc être recommandé aux praticiens, et il serait à désirer que ses effets fussent de nouveau constatés.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur le traitement local, pour lequel les indications précédentes suffisent, et nous dirons un mot du traitement général, qui offre encore bien moins de particularités applicables au cas dont nous nous occupons.

*Traitement général.* — Il est rare qu'on puisse se dispenser d'employer immédiatement un traitement général propre à combattre les symptômes de syphilis constitutionnelle. Presque toujours il faut se hâter d'y avoir recours, afin de ne pas laisser prendre à la maladie une extension trop grande, avant que le médicament ait pu agir sur la constitution. C'est ici que les divers moyens se présentent en nombre infini. Nous nous bornerons à en indiquer quelques-uns, parce que,

e s'appliquant pas exclusivement à la maladie qui nous occupe, ils ont été passés n revue à l'occasion de la syphilis constitutionnelle, où on les trouvera exposés vec les détails nécessaires.

*Sudorifiques*. — Les *sudorifiques* sont généralement employés en pareil cas. )n sait que la *salsepareille*, le *gaïac*, entrent principalement dans la composition le ces médicaments. La *salsepareille*, entre autres, est particulièrement prescrite ; lle fait partie des *décoctions d'Abernethy*, *de Pollini*, *de Zittmann*, etc. Sam. Cooper a donné, sous le titre de *décoction composée de salsepareille*, la formule uivante qui peut être facilement employée :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Décoct. simple de salsepareille. | | 2 kilog. |
| Racine de sassafras...... | } āā 30 gram. | |
| Bois de gaïac.......... | | |
| Racine de réglisse............ | | 30 gram. |
| Essence de racine de mézéréum.. | | 12 gram. |

Faites bouillir le tout ensemble pendant un quart d'heure, et passez. Dose : de 120 à 140 grammes par jour.

Manghan (1) avait une grande confiance dans la salsepareille, qu'il administrait en *poudre à la dose de 4 grammes, trois fois par jour*. Selon lui, cette substance est aussi efficace que le mercure lui-même ; mais, comme on le pense bien, il n'apporte point de preuves suffisantes de la vérité de cette assertion.

*Mercuriaux*. — Le plus souvent on est obligé d'avoir recours à une préparation mercurielle ; la *liqueur de Van Swieten* ou bien la *formule d'Hundertmark* (tome II, p. 327), pourront être prescrites. M. Rayer (tome II, p. 333), préfère les *pilules de Sédillot*, dont il a un peu modifié la formule.

Le *protoiodure de mercure* était employé de préférence par Biett, à la dose de 0,025 gram. à 0,05 gram. par jour en pilules. Le *sirop de Larrey*, les *pilules de Dupuytren*, *de Cullerier* ; en un mot, les diverses préparations mercurielles auxquelles chaque auteur a accordé une préférence non motivée ont été mis en usage, et toutes avec succès. Il en résulte que la principale indication est d'introduire le mercure dans l'économie sous une forme quelconque. Cependant on conçoit facilement combien il serait important d'avoir des recherches exactes qui nous apprendraient quelle est la substance qui procurerait le plus promptement, et avec le moins d'inconvénients, la guérison de ces graves accidents syphilitiques.

*Frictions mercurielles*. — Quelques auteurs donnent la préférence aux frictions mercurielles. On sait quelle était sur ce point l'opinion de Cirillo (tome II, p. 479). Nous nous contentons de mentionner ici ce traitement, qui trouvera mieux sa place ailleurs.

*Iodure de potassium*. — Il nous suffit également de rappeler les expériences qui ont été faites dans ces derniers temps sur l'emploi de l'*iodure de potassium*. Dans l'article *Stomatite ulcéreuse*, nous avons indiqué les effets de ce médicament et la manière de l'employer. Nous n'avons rien à en dire de particulier ici.

*Moyens divers*. — Enfin, il est des cas où ces moyens restent sans effet : c'est alors que la *tisane de Feltz*, celle d'*Arnoud*, les *décoctions de Zittmann*, de *Pollini*, et enfin les *arsenicaux*, qui ont réussi quelquefois dans des cas semblables entre les mains de M. Cazenave, doivent être employés, pour ainsi dire, en désespoir de cause.

(1) *Dissert. de virt. rad. salsaparil. anti-syphil.*, 1803.

Nous nous bornerons à présenter ici la *décoction de Pollini*, telle qu'elle a été donnée par M. Bouchardat. Celle de Zittmann et la tisane de Feltz ont été indiquées dans le premier volume.

*Décoction de Pollini.*

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Salseparcille coupée.... | ââ 64 gram. | Sulfure d'antimoine.......... 125 gram. |
| Squine.............. | | Brou de noix sec............ 375 gram. |
| Pierre ponce pulvérisée. | | |

Mettez le sulfate d'antimoine dans un nouet de linge, et faites bouillir lentement dans :

Eau........................................ 7500 gram.

Jusqu'à réduction de 4500 grammes. Passez, laissez reposer, et décantez.

A prendre un demi-verre toutes les heures.

Quant aux *préparations arsenicales*, elles demandent beaucoup de prudence dans leur administration. Voici, d'après Sam. Cooper, celle qui est mise en usage à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres :

| | |
|---|---|
| ℞ Arséniate de potasse... 0,50 gram. | Alcool affaibli............... 30 gram. |
| Eau de menthe....... 120 gram. | |

Mêlez et passez. A prendre à la dose de 8 grammes, trois fois par jour.

Il sera prudent de ne commencer que par la moitié de cette dose, qu'on élèvera ensuite graduellement jusqu'à celle qui est prescrite par Sam. Cooper.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PHARYNGITE ULCÉREUSE.

Garder le plus possible le silence; éviter les grands efforts de la voix.

Éviter l'action du froid et de l'humidité, qui peuvent donner aux ulcères un caractère inflammatoire intense.

Régime léger, composé principalement de laitage.

S'abstenir soigneusement des boissons fermentées et des mets épicés.

*Résumé, ordonnances.* — On voit que dans le traitement qui précède il y a fort peu de moyens qui appartiennent en propre à la pharyngite syphilitique. Seulement il était important d'indiquer comment ces divers moyens, applicables aux ulcères syphilitiques en général, devaient être mis en usage dans le cas particulier qui nous occupe. Ce qui ressort de plus évident des détails précédents, c'est qu'il faut, dans le plus grand nombre des cas, joindre promptement le traitement général au traitement local, pour hâter la cicatrisation de ces ulcères qui, par leur siége, peuvent avoir de si grands inconvénients.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS D'ULCÈRE PRIMITIF NOTABLEMENT ENFLAMMÉ.

1° Pour tisane, légère décoction d'eau de guimauve, coupée à parties égales avec une infusion de coquelicot et édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Se gargariser quatre ou cinq fois par jour avec un mélange d'eau d'orge et de lait, et suffisante quantité de miel.

3° Toucher deux ou trois fois par jour l'ulcère avec le collutoire de Rust (voy. p. 641).

4° Appliquer autour du cou des cataplasmes ou des fomentations émollientes.

5° Pédiluves sinapisés.

6° Régime sévère. Éviter le froid et la fatigue.

### IIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'ULCÈRE PRIMITIF PEU ENFLAMMÉ.

1° Pour tisane, infusion de saponaire sucrée.

2° Toucher trois ou quatre fois par jour les ulcères avec la solution de sulfate de zinc ou de cuivre (voy. p. 640), ou avec la solution iodurée (voy. p. 640).

3° Emploi des moyens précédents.

Nous avons vu que M. Cullerier se contentait de cette médication, et obtenait par elle des guérisons fréquentes dans les cas d'ulcères simples primitifs.

### IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'ULCÈRE PRIMITIF QUI A RÉSISTÉ AUX MOYENS PRÉCÉDENTS, OU DANS UN CAS D'ULCÈRE SECONDAIRE MÉDIOCREMENT GRAVE.

1° Pour tisane, décoction de salsepareille.

2° Insufflation de poudres mercurielles (voy. p. 628), de poudres d'alun, de sulfate de zinc, etc. (voy. p. 628).

3° A l'intérieur :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau distillée........... | 130 gram. | Gomme arabique en poudre.... | 5 gram. |
| Deutochlorure de mercure. | 0,25 gram. | Sirop de guimauve........... | 35 gram. |
| Sel ammoniac.......... | 0,5 gram. | | |

Faites dissoudre le sublimé dans un mortier de verre, au moyen d'un peu d'eau et du sel ammoniac. Ajoutez successivement la gomme arabique, l'eau et le sirop. Dose : une cuillerée chaque matin dans une tasse de lait.

Ou bien les pilules de Dupuytren, dont voici la composition :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Extrait de gaïac....... | 4 gram. | Extrait gommeux d'opium.... | 0,30 gram. |
| Deutochlorure de mercure. | 0,25 gram. | | |

Faites vingt-cinq pilules.

On commencera par une, matin et soir, et l'on augmentera graduellement jusqu'à ce qu'on soit parvenu à prendre trois ou quatre pilules par jour. Il faudra arriver lentement à cette dernière dose, c'est-à-dire n'augmenter la dose primitive qu'au bout d'un certain nombre de jours, et avec beaucoup de prudence.

Ou bien encore, une des préparations mercurielles précédemment indiquées (voy. p. 643).

4° Frictions mercurielles sur les cuisses et sur les bras.

5° Régime, *ut suprà.*

### IV° Ordonnance.

DANS UN CAS OU LES ULCÈRES MARCHENT RAPIDEMENT.

1° Décoction de salsepareille composée (voy. p. 643).

2° Une des préparations mercurielles précédentes, ou mieux, emploi de l'iodure de potassium (voy. *Stomatite ulcéreuse*, p. 488).

Ou encore, si ces moyens ne suffisent pas, les décoctions de Pollini, de Zittmann, ou les préparations arsenicales (voy. p. 644).

3° Toucher les ulcères soit avec le nitrate d'argent, soit avec un des caustiques indiqués plus haut (voy. p. 640, 641).

4° Régime très sévère.

Enfin, dans les cas d'ulcères phagédéniques, pour lesquels il est inutile de donner une ordonnance particulière, il est évident que le médecin doit agir avec la plus grande énergie, mettre en usage les *préparations mercurielles*, soit sous forme de topiques, soit à l'intérieur; toucher les ulcères avec des *caustiques* assez puissants; employer les *désinfectants;* en un mot, mettre en œuvre tous les moyens qui peuvent arrêter la marche de cette redoutable maladie.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement local.* — Topiques adoucissants, émollients, narcotiques; gargarismes excitants; sulfate de zinc, sulfate de cuivre, eau créosotée, solution iodurée; gargarismes au deutochlorure de mercure; poudres mercurielles, alun, sulfate de zinc; caustiques, chlorures, fumigations cinabrées, tabac mercuriel.

2° *Traitement général.* — Sudorifiques; mercuriaux, frictions mercurielles, iodure de potassium; tisanes de Feltz, d'Arnoud; décoction de Zittmann, de Pollini; arsenicaux.

## ARTICLE IX.

### PHARYNGITE GANGRÉNEUSE.

Après ce qui a été dit sur les diverses angines précédentes, l'histoire de la pharyngite gangréneuse devient beaucoup plus simple. Il ne peut plus être question des maux de gorge violents survenant dans le cours des exanthèmes, et qui, par l'aspect des lésions, en avaient imposé à nos devanciers. Pour nous, l'angine gangréneuse ne saurait maintenant être constituée que par le développement d'eschares occupant une plus ou moins grande profondeur des tissus.

Parmi les auteurs qui se sont occupés de cette question, MM. Barthez et Rilliet (1) sont ceux qui ont le plus nettement posé la question et qui l'ont le mieux étudiée. C'est à eux, par conséquent, que devront être empruntés les principaux traits de cette description.

MM. Bretonneau et Guersant admettent l'existence d'une véritable gangrène du pharynx, mais dans des cas fort rares. Les recherches des observateurs récents

(1) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. II, p. 169.

parmi lesquels il faut citer principalement Constant, Boudet, MM. Guibert, Barthez et Rilliet, ont montré que cette affection n'est pas tout à fait aussi rare que ces deux auteurs ont pu le croire d'après les faits qu'ils ont observés.

Nous exposerons rapidement l'histoire de cette pharyngite, qui ne nous offre qu'un petit nombre de formalités à examiner.

Quoiqu'un *peu plus fréquente* qu'on ne le supposait, la pharyngite gangréneuse est cependant une affection *beaucoup plus rare* que les autres espèces d'inflammation du pharynx ; la preuve, c'est que, malgré leurs recherches, MM. Barthez et Rilliet n'ont pu réunir qu'une vingtaine de cas de ce genre.

*Causes.* — Le premier fait qui se présente, c'est que la gangrène du pharynx s'est toujours montrée dans le cours d'autres maladies. Ces maladies sont, d'après les relevés de MM. Barthez et Rilliet, la *rougeole*, la *scarlatine* seule ou unie à la *variole*, la *pneumonie*, la *péritonite*, la *fièvre typhoïde*, etc. C'est donc, comme le font remarquer ces auteurs, dans des affections qui débilitent profondément l'organisme qu'on voit apparaître cette pharyngite.

M. Boudet a principalement insisté sur la cause générale qui préside au développement de cette gangrène. Remarquant que la gangrène se montre presque toujours dans plusieurs organes à la fois, que le sang est fluide, qu'il se rapproche de celui des scorbutiques, il a été porté à attribuer à l'*altération primitive du sang* la gangrène qui, chez les enfants, se montre spontanément soit dans le pharynx, soit ailleurs : c'est un sujet intéressant de recherches qui mérite l'attention.

Relativement à l'*âge*, MM. Barthez et Rilliet ont trouvé que cette affection est un peu plus fréquente chez les enfants au-dessous de six ans, que chez les enfants plus âgés : mais quoique, d'après l'analyse, on puisse avoir quelque confiance dans ce résultat, il aurait besoin d'être établi sur des faits plus nombreux. La gangrène du pharynx se montre aussi chez les adultes. C'est également dans le cours d'autres affections graves qu'on la voit survenir.

Quant au *sexe*, MM. Barthez et Rilliet ont trouvé qu'il n'avait pas d'influence sensible sur la production de la maladie. Le petit nombre de faits nous empêche de rien dire de positif sur l'influence des *saisons*.

L'apparition de la maladie sous forme *épidémique* doit être regardée comme douteuse dans l'état actuel de la science, car, nous le répétons, il ne peut plus être question des maux de gorge dits gangréneux qui se manifestent dans le cours des épidémies de scarlatine, et dont nous avons parlé plus haut.

On n'a point cité de *causes occasionnelles* propres à cette affection, si ce n'est toutefois une inflammation violente simple qui se termine quelquefois par gangrène. Guersant (1) rappelle un cas dans lequel il a vu survenir la gangrène du tissu de l'amygdale, et il ajoute à ce sujet ce qui suit : « On rencontre aussi dans les recueils périodiques quelques cas plus isolés d'angine inflammatoire terminés par gangrène. Nous avons vu plusieurs fois des portions du voile du palais ou de la luette tomber en gangrène à la suite d'angines qui alors étaient toujours accompagnées de maladies graves, ou des organes de la respiration, ou des organes gastro-intestinaux, et qui se présentaient sous forme typhoïde. La gangrène des fosses gutturales paraissait être toujours, dans ce cas, déterminée par l'état général, et s'accompagnait souvent de gangrène dans d'autres parties. »

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. III, p. 131.

Nous avons cité plus haut (1) un cas dans lequel la terminaison par gangrène fut observée, et avec cette circonstance remarquable que l'inflammation, d'une intensité en apparence médiocre, était presque entièrement bornée au voile du palais, sans symptômes généraux graves.

*Symptômes.* — Sous le rapport des symptômes, il faut, avec MM. Barthez et Rilliet, distinguer la pharyngite gangréneuse en *circonscrite* et en *diffuse*. Cette dernière s'étend à la partie supérieure du pharynx, aux amygdales et même au voile du palais : elle est donc accessible à la vue. En pareil cas, on voit les amygdales tantôt seules, tantôt avec les parties environnantes, d'abord d'une couleur livide, puis grises, noirâtres; puis, dans quelques cas, entièrement noires. Lorsque la maladie fait des progrès, l'eschare paraît détachée vers les bords, qui sont plus ou moins saillants; plus tard les parties molles sont lacérées, semblent près de se détacher ou bien paraissent entièrement détruites. Ces lésions ont une forme irrégulière.

Si la gangrène est une simple conséquence d'une inflammation violente, on voit, dans les lieux occupés par le gonflement et la rougeur, se produire une tache jaunâtre qui pénètre plus ou moins profondément, et qui indique la formation de l'eschare. Celle-ci, lorsque la maladie se termine par la guérison, est éliminée au bout de quelques jours, et laisse une perte de substance vermeille qui ne tarde pas à se cicatriser.

Les symptômes qui en sont la conséquence sont la *fétidité de l'haleine*, d'autant plus considérable, que l'altération est plus profonde et plus étendue. MM. Barthez et Rilliet ont cependant cité un cas dans lequel ce symptôme a complétement manqué. Il est vrai que les eschares étaient de petite dimension. Dans celui que nous avons mentionné plus haut, l'haleine avait une *odeur de matières fécales* bien marquée, qu'on ne pouvait attribuer qu'à la présence de l'eschare.

Dans aucune observation les auteurs que nous venons de citer n'ont noté l'existence de la *douleur*. Toutefois ils font remarquer que le jeune âge et la débilité des malades s'opposaient à une exploration suffisante. Ils citent à ce sujet deux exemples rapportés par M. Guibert et par Constant : dans l'un d'eux, une vive douleur se fit sentir au début, et dans l'autre on nota la sensation d'un corps étranger, manifestée par les efforts que faisait le jeune sujet pour porter les doigts dans l'arrière-bouche.

La *déglutition* est presque toujours facile; cependant, chez le sujet observé par M. Guibert, elle fut remarquable par sa difficulté. On n'a jamais noté le *retour des boissons par le nez*, ni la *gêne de la respiration*. Il n'y a eu non plus, dans aucun cas, de *salivation sanieuse et fétide*, si ce n'est dans celui de M. Guibert, où l'on pouvait attribuer ce symptôme à une gangrène des gencives.

La *tuméfaction des ganglions du cou* ne s'est montrée que chez un sujet affecté d'une gangrène diffuse du pharynx.

Tels sont les symptômes locaux. Parmi les *symptômes généraux*, on a noté, comme appartenant en propre à la pharyngite gangréneuse, une *altération profonde des traits* coïncidant quelquefois avec le début de l'affection; un *grand affaiblissement*, l'accélération et la petitesse du *pouls*. Les autres phénomènes, tels

(1) *Pharyngite gutturale*, page 563.

que l'inappétence, la soif, le dévoiement, pourraient être rapportés aussi bien à la maladie primitive qu'à la pharyngite gangréneuse.

Quant aux *complications*, elles n'ont pas été suffisamment étudiées. On peut dire, d'une manière générale, que c'est la pharyngite gangréneuse qui vient compliquer les autres affections plutôt qu'elle n'en est compliquée elle-même.

Lorsqu'il existe une pharyngite *gangréneuse circonscrite*, elle occupe presque toujours la partie inférieure du pharynx, dans le point où il tient à l'œsophage. On n'observe alors d'autres symptômes que la fétidité de l'haleine. Nous dirons plus loin, à l'occasion du diagnostic, comment il faut étudier les faits dans ces cas embarrassants.

On a vu quelquefois cette forme de gangrène avoir son siége sur les amygdales ou sur d'autres parties accessibles à la vue. Les cas de ce genre rentrent, sauf le peu d'étendue de la lésion, dans la description précédente.

*Marche, durée, terminaison.* — La marche de la pharyngite gangréneuse est très rapide. Lorsque, dans la forme diffuse, sa présence est annoncée par quelques-uns des symptômes que nous avons indiqués, le pharynx est déjà envahi dans une grande étendue. Cette espèce de pharyngite gangréneuse tend constamment à faire des progrès. Elle ne tarde pas à gagner les tissus voisins, à dépasser les limites du pharynx et à s'étendre de la muqueuse à la partié supérieure du larynx. Partout où elle se répand, on lui retrouve sa forme. Quelquefois elle respecte le larynx et s'arrête brusquement au point où la muqueuse recouvre l'épiglotte. La pharyngite gangréneuse circonscrite, bien que limitée à son début, peut s'étendre à l'épiglotte et même pénétrer dans le larynx.

La *durée* de la gangrène du pharynx, quelle que soit sa forme, a varié de deux à six jours dans les cas rassemblés par MM. Barthez et Rilliet. Elle est subordonnée, du reste, au plus ou moins de faiblesse et d'épuisement du malade, et à la gravité des maladies concomitantes.

*Lésions anatomiques.* — Les lésions anatomiques ont un aspect très différent, suivant la forme de l'affection. Dans la *pharyngite gangréneuse circonscrite*, on trouve des plaques tantôt ovales, tantôt parfaitement arrondies, et variant pour la dimension entre une petite lentille et une pièce d'un franc. Les eschares gangréneuses, qu'on retrouve quelquefois à l'épiglotte et dans le larynx même, offrent la même régularité. Ces plaques sont déprimées; leur teinte est d'un gris foncé noirâtre, ou même entièrement noire; une odeur de gangrène s'en exhale. Leurs bords sont taillés à pic et jaunâtres. Au-dessous de la portion gangrenée, la muqueuse et une partie du tissu sous-muqueux ont disparu. Lorsque les fibres musculaires sont à nu, on n'y remarque aucune altération. La muqueuse environnante n'est ni rouge, ni épaisse, ni ramollie. Après la chute de l'eschare, il reste une ulcération qui peut se recouvrir quelquefois d'une fausse membrane.

Dans la *pharyngite gangréneuse diffuse*, les eschares n'ont plus rien de régulier; on a peine à reconnaître la limite entre les tissus sains et les tissus gangrenés. Les lésions pénètrent, dans ces cas, à une profondeur très variable.

*Diagnostic, pronostic.* — Lorsque la gangrène existe dans les amygdales, lors même qu'elle a son siége à la partie postérieure et supérieure du pharynx, son *diagnostic* est assez facile. Il suffit alors de la simple inspection, aidée de l'odeur caractéristique de l'haleine. Mais la gangrène circonscrite ne s'observe point ordi-

nairement dans les points de cet organe accessibles à la vue, et alors ce n'est guère, comme nous l'avons déjà dit, que l'odeur fétide qui peut aider à la reconnaître. Mais cette odeur peut provenir d'une gangrène du poumon. Il faudra donc procéder par exclusion, et s'assurer que ce dernier organe n'est pas envahi (1).

Peut-on confondre la gangrène du pharynx avec celle de la bouche ou des organes respiratoires? La parfaite liberté de la respiration, ou l'absence d'expectoration gangréneuse, si l'exploration de la gorge était impossible, pourraient seules aider à assurer le diagnostic. « Mais, dans les cas de cette nature, l'erreur de diagnostic n'aurait pas une très grande gravité, puisqu'il s'agit de maladies presque nécessairement mortelles (2). »

Le diagnostic le plus important est, sans contredit, celui de la pharyngite gangréneuse et de la *pharyngite couenneuse*. Nous avons vu, en effet, que celle-ci peut présenter l'apparence de la gangrène, et que de là est venue l'erreur de nos devanciers. On distinguera ces deux affections en ayant égard aux signes suivants : Dans la pharyngite gangréneuse, il existe des plaques noires, déprimées, qui ont l'aspect gangréneux dès le début, et qui laissent après leur élimination une perte de substance plus ou moins considérable. Dans la pharyngite couenneuse, au contraire, les lambeaux pseudo-membraneux, saillants, grisâtres, sales, ne prennent la forme gangréneuse qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie, et laissent, après leur chute, la muqueuse intacte ou à peine excoriée.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

*Signes distinctifs de la pharyngite couenneuse et de la pharyngite gangréneuse.*

| PHARYNGITE GANGRÉNEUSE. | PHARYNGITE COUENNEUSE D'APPARENCE GANGRÉNEUSE. |
|---|---|
| *Plaques gangréneuses déprimées*, d'une teinte gris foncé noirâtre, ou même entièrement noires. | *Lambeaux pseudo-membraneux* ordinairement *épais*, gris, noirâtres. |
| *Apparence gangréneuse dès l'origine.* | Au début, taches grises ou gris jaunâtre, *ne revêtant pas d'emblée l'apparence gangréneuse.* |
| Au-dessous des eschares, *perte de substance* plus ou moins profonde. | Après la chute des lambeaux, *pas de perte de substance* de la muqueuse ou des tissus sous-jacents. |

*Pronostic.* — Les fâcheuses conditions dans lesquelles la gangrène du pharynx prend naissance rendent son pronostic fort grave. S'il y avait à espérer quelques chances de guérison, ce ne serait guère que dans la pharyngite gangréneuse circonscrite. On n'a pas cité d'exemple évident de guérison de la gangrène diffuse.

*Traitement.* — Le *traitement topique* est celui qui a d'abord fixé l'attention. Dès que l'on s'aperçoit de l'apparition des eschares, on cherche à les limiter en les cautérisant. Dans ce but, on a employé les acides sulfurique, nitrique, le nitrate d'argent, ou bien des *applications de chlorure de chaux*. MM. Barthez et Rilliet

(1) Voy. tome II, article *Gangrène du poumon*, p. 733.
(2) Barthez et Rilliet, t. II, p. 176.

›nnent à ces dernières la préférence sur les caustiques plus énergiques, qui, dans ›rtains cas, leur ont paru accélérer les progrès de la gangrène plutôt que les ›rêter. Le chlorure de chaux a, en outre, l'avantage d'agir comme désinfectant. ›ur son application, voyez ce qui a été dit à l'article *Stomatite gangréneuse*.

La *cautérisation* n'est possible qu'autant que la gangrène a son siége sur les ›ygdales ou sur les parties du pharynx accessibles à la vue. Mais la gangrène cir-›nscrite est, avons-nous dit, située trop profondément pour que le pinceau puisse ›tteindre. On a alors recours aux divers *gargarismes antiseptiques*, tels que le ›ivant :

℞ Sel ammoniac......... 1,15 gram. | Camphre. ................. 2 gram.

Triturez dans :

Infusion de quinquina.......................... 500 gram.

On peut encore employer celui qui a été conseillé par M. Renauldin (1) :

℞ Décoction de quinquina... 240 gram. | Alcool camphré............. 15 gram.
Oxymel simple.......... 30 gram. | Hydrochlorate d'ammoniaque... 3 gram.

Il n'est pas toujours possible aux malades de se gargariser. Leur état d'affaisse-›ent, leur indocilité, surtout si l'on a affaire à des enfants très jeunes, sont des ›stacles qu'on lèvera en pratiquant, à l'aide d'une seringue, des *injections* avec ›s gargarismes précédents, ou avec des *acides végétaux*, une *décoction de quin-›uina*, et d'autres antiseptiques.

*Vomitifs*. — Les auteurs ont conseillé, en même temps que ces moyens, des ›*mitifs* à petite dose, destinés à favoriser le rejet des eschares détachées. Le sirop ›a la *poudre d'ipécacuanha*, *l'émétique* à doses fractionnées, sont les plus usités. ›M. Barthez et Rilliet craignent qu'il ne résulte de mauvais effet de l'absorption ›ns l'estomac des sécrétions putréfiées de la membrane muqueuse, et les vomi-›fs leur paraissent utiles pour prévenir cet inconvénient ; mais c'est là une idée ›éorique qui aurait besoin d'être établie sur des faits concluants.

Outre les vomitifs, on a encore fait usage des *purgatifs* dans les cas où il existait ›e la constipation. Les *lavements huileux* ou de légers purgatifs, tels que 8 à ›5 grammes d'*huile de ricin*, sont en général suffisants.

La prostration qui accompagne la gangrène du pharynx, dans la grande majorité ›es cas, a engagé la plupart des auteurs à employer simultanément les *toniques* et ›ême les excitants. C'est par la *décoction de quinquina* acidulée avec quelques ›outtes d'*acide sulfurique*, ou aiguisée avec le *chlorure de sodium*, *de calcium*, la dose de 0,075 gram. pour 30 grammes de véhicule ; par le vin généreux, ›s infusions de menthe, de sauge, de romarin, etc., qu'ils ont combattu ce ›mptôme.

Le *régime* prescrit n'a point été sévère dans la plupart des cas. Lorsque l'appétit ›t conservé, on prescrit des bouillons, des potages, des analeptiques. Dans le cas ›ême où le malade pouvait supporter une nourriture plus substantielle, on a ›onné de préférence des aliments demi-solides.

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. ANGINE.

*Résumé*, *ordonnances*. — On a vu que le traitement topique est celui d[ans]
lequel on a eu le plus de confiance. Malheureusement la persistance du mal et
terminaison funeste sont venues le plus souvent prouver que tous les moy[ens]
étaient inutiles. Le peu d'effet produit par ce traitement, dans les cas graves, l[ui]
ôte beaucoup de son importance.

**Ire Ordonnance.**

DANS UN CAS DE PHARYNGITE GANGRÉNEUSE OU LES ESCHARES SONT ACCESSIBLES A LA VUE.

1° Pour tisane, décoction de quinquina additionnée de quelques gouttes d'aci[de]
sulfurique, de chlorure de sodium, de chlorure de chaux; ou bien encore, inf[u]sions de sauge, de romarin.

2° Toucher les eschares avec un pinceau imbibé d'une solution de chlorure de
chaux, dans la proportion suivante :

| | |
|---|---|
| ℞ Eau.................. 50 gram. | Chlorure de chaux............ 18 gram. |

Dissolvez.

3° Comme vomitifs, on prescrira le sirop d'ipécacuanha (16 grammes en deux
fois pour les jeunes enfants).

Ou bien :

| | |
|---|---|
| ℞ Émétique............ 0,05 gram. | Eau distillée simple.......... 250 gram. |
| Eau distillée de menthe.. 32 gram. | |

A prendre en cinq fois, à une petite demi-heure d'intervalle, pour les adultes.

4° Le lavement purgatif suivant :

| | |
|---|---|
| ℞ Huile de ricin........... 60 gram. | Décoction de guimauve...... 250 gram. |

5° Pour régime, des bouillons, des potages, des analeptiques, du vin, des toniques.

**IIe Ordonnance.**

DANS UN CAS DE PHARYNGITE GANGRÉNEUSE OU LES ESCHARES ÉCHAPPENT A L'INSPECTION DIRECTE.

1° Même tisane que dans l'ordonnance précédente.

2° Gargarismes antiseptiques (voy. p. 651). Si les gargarismes ne sont pas possibles, injecter la solution antiseptique au moyen d'une seringue.

3° Vomitifs, purgatifs, régime, comme dans la première ordonnance.

## ARTICLE X.

### TUMEURS ET DÉGÉNÉRESCENCES DU PHARYNX.

Nous venons de décrire les principales maladies du pharynx, celles qui intéressent véritablement le praticien. Il en est d'autres à marche chronique qui sont
exclusivement du domaine de la chirurgie, ou qui sont au-dessus des ressources

à l'art : ce sont les diverses *tumeurs*, les *polypes*, le *cancer*. Nous ne parlerons point des premières, nous dirons seulement un mot du cancer.

1° *Cancer des amygdales.* — Cette affection occupe plus souvent les amygdales que la cavité pharyngienne. M. Velpeau, qui a pratiqué l'extirpation de ces glandes dans un cas où le cancer était évident, en a observé plusieurs autres exemples. M. Mason Warren en a cité également un, et M. Vidal (de Cassis) (1) a vu à la Charité un sujet affecté de cette maladie.

*Signes et symptômes.* — Une *tumeur* bosselée, irrégulière, dure au toucher, occupant les amygdales, écartant les piliers du voile du palais, gênant les mouvements de la mâchoire, la déglutition, et quelquefois la respiration, tels sont les principaux caractères de cette maladie, auxquels il faut joindre sa longue durée. Lorsque la tumeur est *ulcérée*, il survient des *douleurs* lancinantes extrêmement vives. La matière de l'*expectoration*, ou plutôt de l'*exscréation*, présente des filets de sang, et par l'inspection on constate l'existence d'un *ulcère* irrégulier à bords élevés.

Quoique le cancer ait fait des progrès assez considérables, l'état général peut être satisfaisant, comme dans le cas observé par M. Mason Warren ; mais plus souvent il y a perte des forces, digestion pénible, amaigrissement ; en un mot, les *symptômes généraux* propres aux affections cancéreuses.

*Causes.* — Cette affection rare n'a été observée que chez les *sujets âgés*. Le petit nombre de cas ne permet pas de rechercher s'il y a eu d'autres causes prédisposantes ou occasionnelles.

*Traitement.* — Employer les moyens généralement prescrits dans les diverses autres espèces de cancers, et que nous indiquerons en détail à propos du cancer de l'estomac ; ou si l'affection fait des progrès alarmants, et si néanmoins elle est encore limitée à la glande, en pratiquer l'*extirpation*, tel est le traitement.

Dans le cas rappelé par M. Velpeau, le cancer avait pénétré assez profondément pour qu'on jugeât prudent de lier, avant l'extirpation, la carotide primitive. M. Mason Warren n'eut point à prendre cette précaution, mais il fut obligé d'employer le *cautère actuel* pour arrêter le sang. La malade sur laquelle il opéra fut guérie, mais elle succomba six mois après à une péritonite ; en sorte que ce fait ne peut point éclairer la question des *récidives*.

2° *Cancer des parois du pharynx.* — Plus rarement encore, le cancer se montre sur les parois de la cavité pharyngienne. Il en existe à peine quelques exemples. Nous en citerons principalement un qui a été rapporté par MM. Cabanellas et Corbin (2).

Cette affection, qui consiste dans un *gonflement* irrégulier, bosselé, avec ulcération consécutive, destruction plus ou moins étendue des parties molles, conversion de ces parties en matière grumeleuse, est entièrement au-dessus des ressources de l'art.

*Traitement.* — Calmer les douleurs par des gargarismes émollients, opiacés ; porter dans l'estomac, à l'aide d'une sonde œsophagienne, des aliments liquides, lorsque la déglutition devient impossible, et mettre en usage les moyens qui seront

(1) *Traité de pathologie externe*, 3[e] édition. Paris, 1855, t. III, p. 627.
(2) *Archives générales de médecine*, 1831, t. XXVI, p. 122.

indiqués au sujet du cancer de l'estomac, telle est la conduite à suivre dans ces cas désespérés. On comprend facilement pourquoi nous n'insistons pas sur de semblables affections. Cependant nous devons ajouter que dans un cas très grave, où les lésions étaient parvenues au point d'empêcher le sujet de desserrer les dents, M. Jobert a obtenu la mortification de la tumeur principale et d'autres tumeurs occupant le cou par la *ligature de la carotide*. C'est un moyen qu'il ne faudrait pas oublier en pareil cas.

## ARTICLE XI.

### DILATATION DU PHARYNX.

La *dilatation du pharynx* est une affection fort rare, ainsi que le fait remarquer A. Bérard (1). Dans le cas cité par cet auteur, et qui appartient à M. Rokitansky, de Vienne, la dilatation du pharynx n'était qu'une conséquence de l'état de l'œsophage, qui présentait à sa partie supérieure un diverticulum, et au-dessous un rétrécissement extrême. Il est probable que la dilatation du pharynx n'a lieu que dans des cas analogues. Elle ne constitue donc pas une maladie isolée, et le rétrécissement de l'œsophage, dont elle est la conséquence, doit bien plutôt fixer l'attention du médecin. C'est, au reste, ce rétrécissement qui donne lieu à presque tous les symptômes observés, tels que la *difficulté du passage des aliments et des boissons*, la sensation pénible ressentie le long de la cavité thoracique, les *troubles de la digestion*, etc. La chute du liquide comme dans un conduit inerte, et le bruit particulier qui en résulte, phénomènes dus à la trop grande largeur du pharynx, qui ne peut plus se contracter suffisamment, sont peut-être les seuls signes qui appartiennent en propre à la dilatation.

Quant au *traitement*, il ne s'applique qu'au rétrécissement de l'œsophage, dont il sera question plus loin. En voilà assez pour faire voir qu'il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet.

On n'a pas cité d'exemples de *paralysie* bornée au pharynx. Il faut donc renvoyer ce que nous avons à en dire à la paralysie de l'œsophage.

## ARTICLE XII.

### PARALYSIES CONSÉCUTIVES A L'ANGINE COUENNEUSE.

[Il est établi aujourd'hui que la diphthérite est une maladie générale, bien qu'elle ne présente ordinairement que des localisations vers le pharynx et le larynx. Et, en effet, il est facile de démontrer que toute l'économie est atteinte, en rappelant l'apparition des fausses membranes à l'anus, à la vulve, sur les plaies anciennes ou récentes, l'état cachectique des malades, la tendance aux pneumonies de mauvais caractère, les éruptions anormales qui l'accompagnent (G. Sée). Un fait qui vient ajouter à la valeur de ces preuves, est la tendance aux troubles de l'innervation, et spécialement à la paralysie musculaire.

Les *paralysies diphthéritiques* ne sont étudiées que depuis peu d'années, non qu'elles soient plus communes de nos jours, mais parce qu'on a mieux compris

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XXIV, 1841, art. PHARYNX (pathologie).

ı relation qui existe entre certaines paralysies et l'angine couenneuse qui les a récédées.

### § I. — Historique.

Il est impossible de trouver le moindre renseignement sur ce sujet dans les iteurs qui se sont occupés des affections de la gorge, et notamment dans Arétée, oerhaave, Van Swieten. Borsieri (1), dans la description de l'*angina paralytica*, e fait nullement allusion à l'affection qui nous occupe. M. Bretonneau n'en a pas arlé davantage dans ses premiers travaux. M. le docteur Maingault a pu en reaeillir quelques observations éparses dans les auteurs. Ainsi Chomel (2), en 1749, a fait mention dans une dissertation sur le mal de gorge gangréneux; M. le docteur Guimier (3), de Vouvray (Indre-et-Loire), en 1828, signale aussi les mêmes ccidents. En 1836, M. le docteur Loyauté (4), médecin à Preuilly (Indre-et-oire), rapporte deux cas de cécité consécutifs à l'angine diphthéritique; enfin, la ıême année, M. le docteur Orillard (de Poitiers) décrit formellement la paralysie onsécutive à la diphthérite.

Mais ce ne sont là que des faits isolés. Il était réservé à M. le professeur Trousseau de reconnaître la réalité du rapport qui existe entre la diphthérite et certaines aralysies; aussi est-ce à lui que l'on doit le nom de *paralysie diphthéritique*. Les bservations de cet éminent professeur sont éparses dans ses nombreuses publiations sur la diphthérite et le croup; et M. Lasègue les a reproduites dans divers omptes rendus des leçons cliniques de ce maître.

M. le docteur Maingault (5) a pris ce sujet pour texte de sa dissertation inaugurale, mais en étudiant seulement la paralysie du voile du palais et du pharynx. On reconnut ensuite que la paralysie pouvait être plus étendue; et c'est sur ce oint qu'ont été publiés des travaux déjà assez nombreux.

En 1855, M. Bretonneau (6) a publié le fait observé sur M. le docteur Herpin; et, en 1857, M. le docteur Faure (7) a fait connaître des observations nouvelles.

Une communication de M. Maingault (8) à la Société de médecine des hôpitaux a rappelé l'attention sur ce sujet, et les travaux se sont multipliés. Nous citerons le rapport de M. le docteur Roger (9) et les thèses de MM. Paley (10), Pératé (11), Péry (12), H. Boutin (13), Ranque (14), V. Révillout (15), Gros (16).

(1) *Instit. med. pract.* Lipsiæ, 1826, vol. III, p. 364.
(2) *Dissertation historique sur le mal de gorge gangréneux qui a régné parmi les enfants l'année dernière*. Paris, 1749.
(3) *Mémoire sur une épidémie d'angine maligne, etc.* (*Journal gén. de méd.*, 1828.
(4) *Thèse*. Montpellier, 1836.
(5) *Thèse*. Paris, 1854.
(6) *Archives générales de médecine*. Paris, 1855.
(7) *Union médicale*, 1857.
(8) 13 avril 1859.
(9) *Union médicale* et *Gazette hebd.* 1859.
(10) *Thèse*. Paris, 1858.
(11) *Id.* Paris, 1858.
(12) *Id.* Paris, 20 mai 1859.
(13) *Id.* Paris, 25 mai 1859.
(14) *Id.* Paris, 3 juin 1859.
(15) *Id.* Paris, 23 août 1859.
(16) *Id.* Paris, 1859, n° 170.

Dans les sociétés savantes, plusieurs médecins ont présenté des faits nouveaux : nous citerons surtout les communications de Gillette et de MM. Bouvier, Gubler, Marrotte, Vigla, Duchenne (de Boulogne). M. Blache a vu de nombreux exemples de paralysie diphthéritique.

Le travail le plus récent à cet égard, mais encore incomplétement publié au moment où nous écrivons ces lignes, est le mémoire de M. Maingault, lu à la Société des hôpitaux (1).

Parmi les auteurs étrangers qui se sont occupés de ce sujet, nous citerons, en Angleterre, MM. Gull, Kingsford, Sanderson, Dixon et Peter Eade.

### § II. — Symptômes.

Les paralysies consécutives à la diphthérie sont assez communes : M. Péry en a réuni 23 exemples dans sa thèse, et M. Maingault a consulté 50 observations pour composer son récent mémoire; il est vrai qu'il y a quelques doubles emplois.

C'est ordinairement dans la *convalescence* de l'angine couenneuse que les paralysies surviennent : dans le cas du docteur Herpin, que nous indiquerons plus loin, elles survinrent le quinzième jour d'un *rétablissement incomplet*. Elles commencent habituellement par le *voile du palais* et le *pharynx*. La *déglutition* est *gênée*, les boissons refluent par les fosses nasales; quelquefois les aliments tombent sur l'orifice du larynx et provoquent la suffocation et des accès de toux; la mort a été plusieurs fois déterminée par cet accident. Les *muscles postérieurs du cou* perdent leur action, la tête fléchit en avant et oscille latéralement. Les *bras* et les *jambes* s'affaiblissent; la marche est titubante ou impossible. Il survient souvent de l'*amaurose*, de la *dilatation* de l'une ou des deux *pupilles*, et des *paralysies* du *rectum* et de la *vessie*.

Ces paralysies sont parfois incomplètes et consistent plutôt en une diminution qu'en une perte absolue de la puissance musculaire. Aussi les convalescents peuvent-ils encore se *traîner* jusqu'à un certain point.

Il est rare d'observer un ensemble complet d'affaiblissements musculaires; il n'y a ordinairement que deux ou trois localisations, comme : une paralysie du pharynx et une amaurose; une paralysie des muscles du col, des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. La paralysie du voile du palais et du pharynx ne s'observe pas toujours, bien que d'autres parties du corps soient frappées de cet accident. Voici, selon M. Péry (2), comment les paralysies étaient distribuées dans 23 cas :

| | |
|---|---|
| Paralysie des membres inférieurs. . . . . . . . . . . | 16 fois. |
| — — supérieurs. . . . . . . . . . . | 9 |
| — du voile du palais. . . . . . . . . . . . . . | 10 |
| Semi-paralysie des muscles de la partie postérieure du cou et du dos. . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 5 |
| Strabisme. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 2 |

(1) *Sur les paralysies diphthéritiques* (*Archives de méd.*, octobre 1859).
(2) *Loc. cit.*

| | | |
|---|---|---|
| Paralysie de la langue | . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| — de la vessie | . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| — du rectum | . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |

Comme on le voit par ce tableau, les paralysies s'associent, mais en petit nombre. Ajoutons que la *sensibilité tactile* est *amoindrie* ou *abolie*.

L'*état général* est toujours mauvais, bien que l'angine couenneuse ait disparu : les convalescents conservent de la pâleur de la face, un affaiblissement de toutes les fonctions, et une inaptitude complète à toute occupation; souvent œdème des membres inférieurs. L'observation de M. le docteur Herpin, chirurgien de l'hôpital général de Tours, donne une bonne idée de l'ensemble des accidents. Ce médecin donnait des soins à un enfant atteint d'angine couenneuse : « L'enfant, indocile, difficile à contenir, toussait et lançait violemment des crachats. Une fois l'orifice de ma narine gauche avait reçu cette expuition ; l'obligation de continuer ma cautérisation ne me laissa le temps ni de me laver, ni de m'essuyer. Quelques jours plus tard, enchifrènement du côté gauche, voix nasillarde; puis tout à coup angine pharyngienne douloureuse, insomnie nocturne, extrême malaise, faiblesse, refroidissement. Au matin, les deux amygdales et la luette étaient complétement enveloppées d'une incrustation blanche. (26 cautérisations.) Trois fois un dé de fausses membranes qui emboîtait la luette se détache et se reproduit. (Simple inspiration d'alun prisé comme du tabac; alimentation restreinte.) Déglutition difficile; expuition abondante, fétide, et selles chargées de pseudo-membranes. Rétablissement incomplet, pâleur. Quinze jours plus tard, douleur dans les poignets, troubles de la vue, constriction du gosier; paralysie du voile palatin, devenu complétement insensible; régurgitation, reflux des aliments par les narines. (Repos obligé; lait d'ânesse, et enfin retour possible aux habitudes domestiques.) Un peu plus tard, sensation de fourmillement aux gros orteils : cette sensation de fourmillement s'élève jusqu'aux genoux inclusivement. Je marche difficilement et très lentement, ma faiblesse est surtout pénible lorsqu'il s'agit de monter; cet état persiste sans amélioration pendant six semaines. Le même fourmillement avait gagné mes mains et mes doigts, j'avais complétement perdu toute faculté tactile. Le 10 août, bains de mer à Pornic; au second bain, cessation complète de toutes ces infirmités (1). »

La *perte de la sensibilité tactile* (anesthésie) et celle de la *sensibilité à la douleur* (analgésie) s'observent très ordinairement, et sont, selon M. Bouchut (2), un signe de la généralisation de la maladie et de l'intoxication de toute l'économie.

### § III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons dit que les paralysies diphthéritiques commencent dans la convalescence de l'angine couenneuse; elles débutent par des troubles de la sensibilité, des fourmillements; la faiblesse et la paralysie des muscles paraissent ensuite. Les accidents s'accroissent, en s'accompagnant de troubles de la nutrition; puis ils décroissent et disparaissent spontanément. Leur marche est donc successivement ascendante et décroissante.

(1) Bretonneau, *Archives gén. de médecine*, 1855.
(2) *Rapport de M. le professeur Trousseau à l'Acad. de méd.* (*Bulletins de l'Acad. de méd.*, 1858-59, t. XXIV, p. 99).

La durée de la paralysie diphthéritique est longue; dans les observations recueillies, elle a duré de quelques mois à une année.

La guérison spontanée est la terminaison la plus ordinaire; mais elle est très lente et demande à être activée par les moyens thérapeutiques. Cependant, chez les jeunes enfants, la mort a été souvent observée, soit qu'elle résultât d'un épuisement de toute l'économie, soit qu'elle provînt d'une alimentation incomplète, par suite de la paralysie du pharynx, soit enfin qu'elle eût été déterminée par asphyxie, à la suite de la pénétration des aliments dans le larynx.

Les observations des auteurs sont trop incomplètes pour que l'on puisse exprimer en chiffres le degré de fréquence de chacune de ces terminaisons.

### § IV. — Causes.

Les premières observations ayant porté exclusivement sur la paralysie du pharynx et du voile du palais, on a pu croire que cette paralysie était un simple accident local, dépendant d'une *altération des muscles* sous-jacents à la muqueuse primitivement affectée. Mais on a dû renoncer à cette opinion, en voyant se développer des paralysies des membres supérieurs, des paraplégies, des atonies du rectum, de la vessie, du strabisme, etc. Quelques médecins ont supposé une *action réflexe* de la moelle, explication qui équivaut à peu près à une fin de non-recevoir. Enfin M. Bretonneau et M. le professeur Trousseau voient dans la paralysie diphthéritique une intoxication analogue à celle que produisent les poisons minéraux, comme le plomb, le mercure, et les poisons animaux, comme ceux de certains poissons (œufs de carpe, de barbeau, etc.). « M. Bretonneau assimile aux accidents secondaires et tertiaires de la syphilis les symptômes de paralysie généralisée après la diphthérite; ceux-ci sont pour lui la manifestation la plus éclatante de ce qu'il a appelé diphthérite chronique ou constitutionnelle. Il fonde cette interprétation des faits sur la propriété contagieuse et virulente de la diphthérite, et sur l'intervalle de temps qui sépare la paralysie diphthéritique de la diphthérite elle-même (1). »

Nous croyons devoir faire remarquer que parmi les personnes atteintes de la paralysie diphthéritique, on a déjà remarqué *deux médecins*, qui avaient donné des soins à des enfants affectés d'angine couenneuse; circonstance qui milite en faveur de la propriété contagieuse de cette maladie, et qui doit engager les personnes qui soignent les malades à prendre les plus grandes précautions contre cette contagion. Nous savons bien qu'on a nié l'inoculabilité de la diphthérite, mais il y a d'autres modes de contagion.

### § V. — Diagnostic, pronostic, traitement.

Les matériaux sont encore trop incomplets pour qu'il soit possible d'établir nettement le *diagnostic* et le *pronostic*.

Les indications du *traitement* ne sont pas formulées non plus. On sait seulement que la maladie guérit seule, quoique lentement, et que l'on peut hâter le rétablissement des fonctions musculaires par les bains de mer et la *faradisation* des muscles (Duchenne).]

(1) Boutin, *thèse citée*.

# CHAPITRE III.

## MALADIES DE L'OESOPHAGE.

Les principales affections de ce conduit ne se montrent que rarement. C'est là à cause du peu de précision de la plupart des documents que nous possédons sur elles. Cependant il existe un certain nombre de faits qui ont été rassemblés par J. Frank (1), et plus récemment par M. Mondière (2), ce qui nous permet de tracer une histoire de ces affections, qui, bien qu'elle soit nécessairement plus vague que celle des maladies précédentes, n'est pas néanmoins entièrement dépourvue d'intérêt. Exposer ce qui résulte des observations les plus importantes, en tirer les conséquences pratiques, et appeler l'attention sur les nombreux points encore obscurs, telle est la tâche que nous avons à remplir.

Les maladies de l'œsophage peuvent être rangées sous les chefs suivants : 1° *Hémorrhagie* ; 2° *œsophagite simple, abcès, gangrène, rupture* ; 3° *œsophagite couenneuse* ; 4° *œsophagite ulcéreuse* ; 5° *cancer* ; 6° *dilatation* ; 7° *rétrécissement ou obstruction* ; 8° *spasme de l'œsophage ou œsophagisme* ; 9° *paralysie.*

Nous n'avons pas compris dans cette énumération le *rhumatisme de l'œsophage*, dont il sera question dans les maladies du système locomoteur. Nous n'avons point parlé non plus des *perforations*, qui sont une conséquence d'une des maladies précédentes, et qui seront indiquées à leur sujet ; quant aux *tumeurs* qui, voisines de l'œsophage, viennent le comprimer, ou aux *foyers* qui s'ouvrent dans son intérieur, nous les rattacherons soit à l'inflammation, comme dans les cas d'abcès, soit aux perforations, comme dans les cas de rupture d'un anévrysme, soit aux rétrécissements, comme dans les cas de tumeur solide diminuant le calibre de ce conduit.

Presque toutes ces affections avaient reçu de nos devanciers le nom de *dysphagie*. Mettant en première ligne ce symptôme principal, ils en faisaient une maladie distincte, dont les lésions que nous venons d'énumérer étaient considérées seulement comme la cause. Il y a trop de différence entre ces diverses lésions, sous le rapport de la marche de la maladie, de sa gravité et des moyens thérapeutiques à mettre en usage, pour que l'on puisse aujourd'hui considérer la dysphagie autrement que comme un symptôme commun, ayant une plus ou moins grande valeur selon les cas. Le seul moyen de faire cesser la confusion en pathologie, est de bien chercher à spécifier les différentes maladies particulières et de s'attacher principalement aux caractères distinctifs qu'elles présentent : c'est ce que nous nous efforcerons de faire dans le cours de ce chapitre.

(1) *Prax. med.*, pars III, vol. I, sectio II, *De morbis pharyngis et œsophagi.*
(2) *Archives générales de médecine*, 1re série, t. XXIV, XXV, XXVII, XXX ; 2e série, t. I, II, III.

## ARTICLE Ier.

### HÉMORRHAGIE DE L'ŒSOPHAGE.

On a signalé des cas où des *sangsues* ont pénétré jusque dans l'œsophage, et ont donné lieu, par leur piqûre, à un écoulement de sang qui a duré ordinairement longtemps. On en voit un exemple dans le journal de Vandermonde (1758) : Quatre militaires furent sujets, pendant près de quinze jours, à un écoulement de sang par la bouche ; tantôt ils en perdaient une très grande quantité, tantôt fort peu ; L'hémorrhagie déterminait parfois la *toux;* mais d'autres fois le sang était rejeté par simple *expuition.* Un symptôme commun était une *sensation de prurit* ou plutôt la *sensation d'un ver* rampant, soit dans l'œsophage, soit à l'ouverture postérieure des narines. Enfin, les sujets éprouvaient une espèce de *resserrement* ou bien la sensation d'un *obstacle* dans le gosier, et la *voix* était altérée. Les chirurgiens de l'armée d'Afrique ont observé des cas semblables chez des soldats qui avaient bu dans des ruisseaux où se trouvaient de très petites sangsues.

Nous avons cité ces exemples, parce que la piqûre des sangsues est à peu près la seule cause d'hémorrhagie qui nous intéresse. Si, en effet, l'écoulement de sang est dû à la *rupture d'un anévrysme* dans l'œsophage, comme cela a lieu quelquefois, c'est un accident d'une autre affection que nous avons déjà étudiée ; et s'il est causé par une *plaie* de ce conduit, la maladie rentre complétement dans le domaine de la chirurgie.

Il ne reste maintenant que l'écoulement de sang ordinairement peu abondant qui survient dans l'*œsophagite ulcéreuse* et dans le *cancer :* il en sera question plus loin.

Il résulte de ce que nous venons de dire que nous n'avons à nous occuper ici que du *traitement* de l'hémorrhagie de l'œsophage causée par la piqûre des sangsues. Or, ce traitement est bien simple. Il suffit de faire avaler une substance qui provoque la chute de la sangsue, et par suite son rejet qui a lieu par la bouche. On a proposé, dans ce but, l'ingestion de l'*eau vinaigrée*, d'un mélange de *beurre* et de *vinaigre* légèrement chauffé, et enfin la *solution de sel marin.* Cette dernière substance doit être préférée à toutes les autres, car on sait avec quelle facilité le sel provoque la chute des sangsues. Quant à tenir de l'*eau glacée* dans la bouche, comme Rhazès l'a proposé, il n'est pas certain que ce moyen ait la même efficacité.

[L'existence de *varices* des organes intérieurs, supposée par J. Frank, niée par d'autres médecins, est aujourd'hui démontrée par des observations anatomiques. M. Lediberder et M. Fauvel ont présenté chacun un fait de *varices de l'œsophage* à la Société médicale d'observation, il y a plusieurs années, mais ces faits n'ont été publiés que l'année dernière, par M. Binet (1). Ce dernier auteur cite aussi un cas publié dans un journal américain (2). L'observation de M. Fauvel avait été, antérieurement à sa publication, analysée et interprétée d'une manière ingénieuse par M. Gubler (3).

(1) *Recueil des travaux de la Société médicale d'observation.* Paris, 1858, p. 257.
(2) *American Journal of medical science*, 1856, et *Union médicale*, février 1857.
(3) *De la cirrhose*, thèse d'agrégation. Paris, 1853, p. 62.

Dans ces trois cas, la mort fut le résultat d'*hémorrhagies :* une fois l'hémorrhagie it *foudroyante* (Fauvel); une autre fois elle dura deux ou trois mois, et affaiblit nsidérablement le malade, qui fut emporté par une pneumonie intercurrente .ediberder); dans le cas du journal américain, le malade, enfant de dix ans, ccomba à des hémorrhagies répétées.

Dans ces cas, les veines de l'œsophage et du cardia étaient variqueuses, mais n'y avait ni rupture de ces veines, ni ulcération de l'œsophage.

Enfin, dans les deux premiers cas, l'affection coïncidait avec un état de cirrhose i foie; et, dans l'un des deux, il y avait maladie de Bright. Comme, selon les marques de M. Gubler, la cirrhose pourrait être la cause productrice de ces rices, nous reviendrons sur ce sujet, avec plus de détails, dans l'article *Cirrhose.*]

## ARTICLE II.

### ŒSOPHAGITE SIMPLE AIGUE.

Cette affection, dont nous ne possédons qu'un nombre limité d'observations, a é cependant étudiée, du moins dans une de ses parties, à une époque assez reilée. Fernel (1) parle du *phlegmon* de l'œsophage, et déjà Galien avait reconnu ns ce conduit l'existence d'une *douleur* que, dans quelques cas au moins, on urrait rapporter à l'inflammation. Mais ce n'est que dans ces derniers temps, et ir suite des recherches de J. Frank, et surtout de M. Mondière, qu'on a assez en connu l'œsophagite. Il est fâcheux toutefois que ces auteurs ne nous aient is donné une analyse exacte des observations qu'ils ont rassemblées, et qu'ils se ient contentés d'exposer les principales circonstances des faits sur lesquels sont ndés leurs travaux. Nous allons, avec ces matériaux, exposer ce qu'il y a de us positif sur l'œsophagite, dans l'état actuel de la science.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Nous regardons comme une œsophagite simple aiguë aussi bien celle qui n'occupe le la partie superficielle de ce conduit que celle qui pénètre plus profondément se termine par suppuration ou par gangrène. Cette terminaison, en effet, ne ange rien à la nature de la maladie.

On a donné à cette affection les noms communs de *dysphagie* et d'*angine ;* on encore appelée *angine œsophagienne*, *œsophagitis*, *inflammatio gulæ*. Aujourhui, le nom d'*œsophagite*, déjà admis par J. Frank, est généralement adopté.

Nous avons déjà dit que cette inflammation est *rare*. On peut s'en convaincre ir le petit nombre de faits qu'a pu réunir M. Mondière, qui cependant a puisé à s sources très variées. On a trouvé la cause de cette rareté dans la position ofonde de l'œsophage, et dans ses usages, qui ne l'exposent à l'action des agents térieurs qu'à certains moments assez courts.

(1) *De partium morbis et sympt.*, lib. VI, p. 277.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

Parmi les observations que nous connaissons, il en est qui se rapportent à tous les *âges* de la vie. Billard (1) a cité un cas dans lequel il lui a paru probable que la maladie s'était développée *pendant la vie intra-utérine*, et il en a rapporté un petit nombre qui se sont montrés après la naissance. Faut-il en conclure, comme le font cet auteur et M. Mondière, que l'œsophagite est notablement plus fréquente chez les enfants que chez les adultes ? Billard a rassemblé, sous le titre d'*œsophagite*, les inflammations simples, un très petit nombre d'inflammations ulcéreuses, et enfin des cas de *muguet de l'œsophage*. Or, nous savons que cette dernière affection tient à une cause plus générale, qu'elle n'est que la conséquence de l'inflammation spéciale de la bouche, et que, par conséquent, on ne saurait la faire entrer en ligne de compte. Ainsi envisagée, la question ne présente pas une solution aussi facile que l'ont pensé Billard et M. Mondière, et tout ce que l'on peut dire, d'après la tendance qu'ont les inflammations spéciales de la bouche à se porter vers l'œsophage chez les nouveau-nés, c'est que peut-être, en effet, l'œsophagite isolée se développe un peu plus souvent chez eux ; mais ce n'est là qu'une présomption qui a besoin d'être confirmée par les faits.

Ce qui jette encore des doutes sur l'assertion de ces auteurs, c'est que, dans l'ouvrage de MM. Barthez et Rilliet, il n'est nullement fait mention de l'œsophagite, et cependant on sait que ces deux auteurs ont fait de nombreuses autopsies à l'hôpital des Enfants.

### 2° Causes occasionnelles.

Comme on le voit, nous n'avons que des renseignements très bornés sur les causes prédisposantes ; en revanche, on a cité un grand nombre de causes occasionnelles.

Et d'abord, nous trouvons l'*abus de certains médicaments* : ainsi, le *mercure*, suivant Hildenbrand, cité vaguement par M. Mondière, aurait eu cet effet. Nous n'avons point retrouvé le passage cité, et nous le regrettons ; car il serait curieux de savoir si, en pareil cas, l'inflammation de l'œsophage n'était pas une simple extension de la stomatite mercurielle. L'*iode* aurait aussi, suivant Gohier (2), produit le même effet. On connaît les exemples d'inflammation particulière occasionnée par l'*émétique* donné à très haute dose ; en pareil cas, c'est principalement sur les follicules que porte la phlogose.

Il est presque inutile d'ajouter que les *substances âcres et corrosives*, telles qu'une *solution de sublimé*, par exemple, ou bien des *acides concentrés*, déterminent l'inflammation de l'œsophage. C'est là une conséquence nécessaire de l'ingestion de ces liquides ; mais ces cas appartiennent aux empoisonnements, dont il ne doit pas être question ici. La *brûlure* par la déglutition de l'eau bouillante détermine une inflammation qui, comme celle de la bouche due à la même cause, n'a pas

(1) *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, 1833, 2ᵉ édit., p. 288.
(2) *Journal univ.*, t. I, p. 237.

une très grande importance. On se rappelle ce que nous avons dit à ce sujet, dans l'article consacré à la *laryngite causée par la brûlure de la glotte*. Nous croyons devoir y renvoyer le lecteur.

J. Frank place au nombre des causes l'ingestion du *tabac d'Espagne* et des *cantharides;* mais il est encore ici question d'empoisonnement.

L'ingestion de l'*eau très froide*, le corps étant en sueur, produit-elle cette maladie? Il est fâcheux que les auteurs qui ont admis l'existence de cette cause ne nous aient point cité les faits. Un seul cas de ce genre, cité par M. Mondière, et extrait de la *Gazette de santé*, paraît être en faveur de cette manière de voir; mais ce fait manque de détails, et l'on peut se demander si la soif intense éprouvée par le malade, et qui le poussa à boire de l'eau très fraîche, n'était pas déjà un premier symptôme de la maladie. On sait d'ailleurs qu'un fait isolé n'a pas une grande valeur.

On a encore mis au nombre de l'œsophagite le passage de *corps volumineux et durs*, leur séjour plus ou moins prolongé, et enfin les tentatives faites soit pour les extraire, soit pour les faire tomber dans l'estomac.

Quelques auteurs se sont demandé si l'*œsophagisme* ou *spasme de l'œsophage* ne pourrait pas dégénérer en une véritable inflammation. Parmi eux, M. Mondière a cité Percival, Baillie et M. Barras; mais les faits, pas plus que l'analogie, ne permettent pas d'adopter une semblable opinion. Quant à la *rétrocession des phlegmasies cutanées*, comme la scarlatine et la rougeole, l'auteur que je cite n'a rapporté qu'un seul cas emprunté à M. Pinel fils, et dans lequel l'œsophagite a *succédé* à la rougeole. Il n'y avait donc pas, dans ce cas, une véritable rétrocession.

Nous avons vu, dans les articles précédents, que la *pharyngite pultacée* s'étendait quelquefois à l'œsophage; c'est là, sans doute, ce qui a fait dire que la scarlatine était une cause prédisposante de l'œsophagite. Quant à l'inflammation de l'œsophage qui s'est développée dans la *rage*, la *fièvre jaune*, la *variole*, etc., c'est une simple complication de ces affections qui ne doit pas nous arrêter ici.

Enfin, on a reconnu que, dans un certain nombre de cas, l'œsophagite se développait *sans cause appréciable*. Si l'on réfléchit sur ce fait, et sur le grand nombre de causes précédemment indiquées, nombre qui est tel, qu'à peine un ou deux cas se rapportent à chacune d'elles, on conviendra que, excepté les causes directes et pour ainsi dire *traumatiques*, les autres n'ont qu'une valeur bien incertaine. Presque tout est encore à faire sur ce point.

### § III. — Symptômes.

Les *symptômes* ont été particulièrement étudiés par M. Mondière; malheureusement encore il n'a pas donné l'analyse rigoureuse des faits, de telle sorte que sa description nous laisse dans un vague fâcheux. Exposons rapidement ce qui ressort de plus évident des observations.

La *douleur* est le symptôme qui a le plus vivement frappé les médecins, parce que c'est celui dont se plaignent presque exclusivement les malades. Elle existe dès le *début*, et, suivant l'expression de M. Mondière, elle est le premier signe de l'œsophagite. Il est rare qu'elle soit portée rapidement à un très haut degré; cependant ce mode d'apparition a été observé dans un cas rapporté par le doc-

teur Noverre (1). Ce fait nous paraît assez important pour trouver sa place ici.

Un homme de cinquante-six ans, d'une forte constitution, est réveillé en sursaut, durant une nuit d'été, par une violente douleur fixée derrière le sternum, dans la direction de la ligne médiane de la poitrine. Elle se calme bientôt, et le malade se rendort. Mais, au réveil, elle reprend avec plus d'intensité; il a de la fièvre, de la chaleur à la gorge; la déglutition est impossible; les boissons, comme les aliments, produisent, par leur contact, les angoisses les plus vives. Ces symptômes persistaient depuis huit jours, sans avoir été combattus par aucun traitement, lors de l'entrée du malade à la Charité. Voici quel était son état:

Peau chaude, halitueuse; pouls assez large, développé en apparence, mais mou; face rouge, animée, exprimant l'inquiétude et la douleur; langue humide, rouge sur ses bords et vers sa pointe, chargée à la base d'un enduit gris jaunâtre; sensation de chaleur et d'irritation dans l'arrière-bouche, où l'on n'aperçoit cependant ni rougeur, ni tuméfaction; douleur des plus vives occupant la ligne médiane du cou et de la poitrine, dans la direction de l'œsophage, et qui paraît s'arrêter au cardia : elle est accompagnée d'une sorte de spasme général et d'un état d'anxiété qui augmente d'une manière effrayante toutes les fois que le malade essaye d'avaler une gorgée de liquide, qui passe néanmoins après une longue suite d'efforts et de souffrances. Le lendemain, 23 juillet 1819, faible diminution de la douleur; depuis deux jours, constipation. Le 24, soulagement marqué; le pouls est plus dur que le jour précédent. Le 26, déglutition toujours pénible, mais s'exécutant sans douleur. Le 27 juillet, treizième jour de la maladie, cessation de la dysphagie; peu de jours après, guérison complète et sortie du malade.

Le traitement consista principalement en plusieurs saignées et en application d'un assez grand nombre de sangsues; il en sera question plus tard; ici nous n'avons voulu seulement faire remarquer l'apparition de cette douleur si vive, si persistante, accompagnée d'un mouvement fébrile si prononcé, et ayant un siége si précis dans la direction de l'œsophage. Il est fâcheux qu'on n'ait pas interrogé ce sujet, pour s'assurer que la veille il n'éprouvait aucune gêne dans le trajet de ce conduit. Mais, en eût-il été ainsi, le réveil en sursaut causé par une douleur si violente n'en serait pas moins extrêmement remarquable.

Plus ordinairement, avons-nous dit, la douleur survient par gradation; elle se fait sentir presque exclusivement au moment où le bol alimentaire franchit la partie enflammée. Alors elle est tellement violente, que les sujets font des contorsions, et que quelques-uns ne veulent plus avaler, même les liquides. Quelquefois ils éprouvent une *sensation de brûlure* et de *déchirement*, comme il arriva à M. Mondière lui-même, qui fut atteint de cette maladie.

Le *siége de la douleur* est non moins important à considérer. C'est, en effet, principalement par lui que l'on parvient à déterminer quel est l'organe affecté. Déjà Galien avait remarqué que, dans les maladies de l'œsophage, on éprouve une douleur *le long de l'épine dorsale*, et il en trouvait facilement la raison dans la direction du conduit alimentaire. Forestus (2) a fait la même remarque. Cependant il a distingué certains cas où la douleur était fixée dans un point plus rapproché

(1) *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, 1818, t. VI.
(2) *Opera omnia*, lib. XV, obs. 31, *Scholia*, p. 152.

Dans les faits rassemblés par M. Mondière, la douleur a été principalement rapportée par les malades à la partie inférieure du pharynx; c'est ce qui avait lieu, surtout au début de la maladie. D'autres fois, ajoute-t-il, ils la ressentent au larynx, à l'épigastre ou entre les deux épaules. Dans un cas observé par M. Roche (1), la pression exercée au-dessous de l'appendice xiphoïde, et dans ce point seulement, déterminait la sensation d'un corps qui remontait jusqu'à la gorge, et celle d'une douleur, étendue comme une corde de l'un de ces points à l'autre. Cette douleur était surtout marquée au côté gauche du larynx, entre les deux épaules et à l'appendice xiphoïde. Broussais (2) a également vu un malade, atteint d'œsophagite, qui avait la sensation d'une boule qui, de la région épigastrique montait vers le larynx, où elle s'arrêtait.

La maladie pouvant, dans quelques cas, occuper une plus ou moins grande étendue de l'œsophage, il en résulte que la douleur ne reste pas toujours fixée au même point. C'est ce qui arriva dans le cas observé par M. Mondière sur lui-même; car tous les symptômes locaux, d'abord fixés à la partie supérieure de l'œsophage, marchèrent peu à peu vers la partie inférieure, et se firent sentir jusqu'au cardia. Il ne faut pas perdre de vue cette marche possible de la douleur, parce qu'on y trouve un signe précieux pour reconnaître le véritable siége de la maladie.

Nous venons de voir que le passage des aliments et des boissons détermine de la douleur. Il en résulte une *gêne de la déglutition*, qui se fait sentir plus ou moins bas, suivant le siége de l'inflammation. Dans le cas observé par M. Roche, les aliments les plus légers et les liquides les plus doux étaient, suivant l'expression de la malade, arrêtés *comme par un nœud*. Dans les cas les plus graves les aliments et les boissons sont rejetés par une contraction rapide, au moment où ils arrivent vers le point enflammé. On en voit un exemple dans une observation extraite par M. Mondière de la *Gazette de santé*; mais il faut ajouter que, dans ce cas, il y avait un *abcès* dans les parois du pharynx.

La maladie qui nous occupe peut-elle déterminer une véritable *hydrophobie?* C'est ce qui ne paraît pas douteux à M. Mondière, qui cite à l'appui de son opinion une observation du docteur Pfeufer (de Bamberg) (3). Toutefois, après la lecture de l'observation, il reste quelques doutes sur la justesse de cette interprétation. Il est vrai que la maladie débuta par une légère difficulté à avaler les liquides; mais il y avait en même temps des symptômes généraux, qui allèrent sans cesse en augmentant, qui devinrent extrêmement graves, et pendant lesquels l'hydrophobie se produisit d'une manière manifeste. Or on sait que ce symptôme apparaît, dans des cas semblables, en l'absence de toute œsophagite, et il faut ajouter que, outre les lésions de l'œsophage, il en existait d'autres dans le pharynx, dans le larynx, dans le corps thyroïde, l'estomac, les glandes salivaires, etc., qui semblaient annoncer qu'on avait affaire plutôt à une maladie générale qu'à une affection qui détermine ordinairement aussi peu de symptômes généraux que l'œsophagite.

M. Mondière a constaté que, dans tous les cas d'œsophagite, il existait une *expuition* plus ou moins difficile et abondante de matières glaireuses. Cette expui-

(1) *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*. Paris, 1844, 4e édit., t. I, art. *Œsophagite*.

(2) *Annales de la méd. phys.*, t. III, p. 254.

(3) *Archives générales de médecine*, t. XI, 1826, extrait de *Heid. klin. Ann.*, 1825.

tion est, suivant lui, d'autant plus remarquable, que l'inflammation a envahi en même temps et la muqueuse œsophagienne et les cryptes qu'elle recouvre. Malheureusement on n'a pas recherché si le même effet avait lieu lorsque l'inflammation occupe la partie inférieure de l'œsophage, aussi bien que quand elle est fixée à la partie supérieure. C'est une des nombreuses lacunes à combler dans l'histoire de l'œsophagite.

On a encore cité, comme symptôme de la maladie qui nous occupe, une *chaleur* plus ou moins vive dans le trajet de l'œsophage, et cette chaleur, suivant les auteurs, s'accompagnerait d'une *sécheresse* notable; mais si l'on examine une à une les observations, on voit que le plus souvent ces symptômes ne sont pas mentionnés; en sorte que leur existence paraît avoir été admise par raisonnement et par analogie, plutôt que d'après l'étude des faits.

M. Mondière éprouva, dans l'œsophagite dont il fut affecté, une *toux gutturale* avec expuition difficile et douloureuse d'un mucus épais et visqueux. L'inflammation était alors fixée à la partie supérieure de l'œsophage, et les symptômes étaient à peu près les mêmes que ceux que nous avons assignés plus haut à l'inflammation de la partie inférieure du pharynx.

Nous avons vu que la *déglutition même des liquides est fort douloureuse* et parfois impossible, et cependant dans des cas graves, dans ceux qui s'accompagnent d'un mouvement fébrile un peu marqué, la *soif* est intense; elle le devient chez les autres, par suite de la privation de boissons que s'imposent volontairement les malades. Il s'ensuit que la soif est évidemment un des symptômes les plus incommodes, puisqu'en cherchant à la satisfaire, on augmente la douleur et l'on peut déterminer les contractions spasmodiques dont il va être question.

M. Mondière, avec plusieurs des auteurs qui l'ont précédé, place au nombre des symptômes de l'œsophagite, le *hoquet*. Malheureusement il n'a point fait une analyse suffisante des observations qu'il a rassemblées, et il est à remarquer que les faits qu'il cite pour exemples ne présentent pas ce symptôme. J. Frank ne l'a point mentionné dans son article. Appartient-il en propre à l'œsophagite? ou bien n'est-il qu'un épiphénomène occasionné dans quelques cas par la privation des boissons et par les appréhensions du malade? C'est ce qu'il n'est pas permis de décider. Toujours est-il qu'on n'est pas autorisé, jusqu'à nouvel ordre, à le ranger parmi les caractères essentiels de l'œsophagite.

La *gêne de la déglutition* par suite du passage des substances les moins irritantes, comme la salive, les sirops, les boissons émollientes, est souvent telle, qu'elle détermine un véritable *spasme de l'œsophage*, c'est-à-dire des contractions désordonnées qui s'étendent à une plus ou moins grande étendue du conduit musculeux. C'est ce spasme qui, confondu sous le nom d'*œsophagisme*, avec des accidents nerveux dont il sera question plus tard, produit les phénomènes de *vomissement* dont nous avons déjà parlé. L'irritation portée sur la partie enflammée par les substances ingérées est évidemment la cause de ces contractions spasmodiques.

Tels sont les *symptômes locaux* de l'œsophagite simple aiguë. Quant aux *symptômes généraux*, nous retrouvons ici ce que nous avons remarqué relativement aux diverses *pharyngites* : tantôt ils n'existent nullement, comme dans le cas observé par M. Roche; tantôt ils sont très légers, et tantôt, mais plus rarement, ils sont assez intenses. La fréquence et la dureté du *pouls*, la *chaleur*, l'*agitation*,

qui est encore augmentée par la soif et par les appréhensions du malade; sont les symptômes généraux notés dans les observations.

L'œsophagite que nous venons de décrire est l'œsophagite ordinaire; mais il est une forme particulière signalée par les auteurs, et dont il importe de dire un mot avant de parler des abcès et de la gangrène de l'œsophage.

*Œsophagite folliculeuse.* — M. Mondière, et les auteurs qui sont venus après lui, ont mentionné une inflammation de l'œsophage qui aurait son siége spécial dans les follicules muqueux de la membrane interne. Il est bien rare de voir ces follicules muqueux enflammés idiopathiquement.

On a voulu rapporter à cette inflammation les ulcérations trouvées dans l'œsophage chez des sujets qui ont succombé à des fièvres graves, comme on en voit des exemples dans des cas de fièvre typhoïde observés par M. Louis (1); mais, en admettant que ces ulcérations aient constamment leur siége dans les follicules, l'ulcération constitue une maladie propre dont nous aurons à nous occuper plus tard.

On a vu (2) les follicules gonflés, enflammés, chez les enfants; Billard (3) a cité un cas de tuméfaction de ces glandules, qui paraît s'être développé pendant la vie intra-utérine. Jusqu'à quel point cette inflammation peut-elle exister indépendante d'autres affections? C'est ce qu'il n'est pas permis de dire. Quant aux observations d'inflammation des follicules notée dans la rage, c'est une lésion que nous devrons étudier à l'occasion de cette maladie.

On voit donc que nous n'avons rien de bien précis sur l'inflammation de l'œsophage limitée aux follicules muqueux; ce serait par conséquent devancer l'observation que d'insister sur une semblable lésion.

*Abcès de l'œsophage.* — La terminaison par suppuration mérite que nous en disions un mot à part. Suivant M. Mondière, cette terminaison n'est pas très rare. Il pense qu'elle le paraîtrait moins encore si, lorsque l'abcès vient à s'ouvrir, le pus n'était avalé ou rejeté par le malade sans qu'il s'en aperçoive. C'est là une proposition dont l'exactitude mérite d'être vérifiée. M. Mondière a cité une observation intéressante qu'il a extraite de la *Gazette de santé* (1823), et dans laquelle l'existence d'un abcès fut démontrée par l'*extraction d'une cuillerée à café de matière purulente*, à l'aide d'une bougie.

On voit, dans cette observation, que ce qui distingue principalement l'œsophagite avec suppuration, c'est une *une douleur bornée à une petite étendue* de l'œsophage où les aliments se trouvent arrêtés, et une *dysphagie* considérable. Ces limites étroites de la douleur nous font reconnaître le siége de l'abcès. Du reste, on n'a recherché ni s'il existait quelque chose de particulier dans les symptômes généraux, ni si la marche de la maladie offrait quelque particularité remarquable. Dans un cas observé par Barras, et cité à l'Académie de médecine (séance du 27 octobre 1825), nous trouvons cependant quelques renseignements sur ce point. Les symptômes locaux, très intenses, eurent leur siége fixe au niveau de la partie supérieure de l'œsophage. Il y eut des *symptômes cérébraux* très violents; la face était rouge et gonflée, les yeux injectés, saillants; il y avait des *convulsions violentes*, et

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841.
(2) Denis, *Recherches anat.-path. sur les maladies des enfants*. Commercy, 1826, in-8.
(3) *Traité des maladies des enfants nouveau-nés.*

le pouls était notablement déprimé. De plus, il y eut, dans ce cas, du *hoquet* ; mais ce symptôme ne se montra qu'après la rupture de l'abcès.

Nous reviendrons sur ces abcès de l'œsophage dans le paragraphe consacré au traitement.

*Gangrène de l'œsophage.* — Peut-il exister, dans l'œsophage, une gangrène semblable à celle que nous avons observée dans la bouche et dans le pharynx ? C'est ce qu'il nous est impossible de dire, d'après les faits que nous possédons. Toutefois il faut reconnaître que, dans certains cas, la gangrène du pharynx se propage à l'œsophage, ainsi que Dugès (1), cité par M. Mondière, en a rapporté un exemple ; mais alors l'affection de l'œsophage n'est plus que l'extension de l'affection d'un organe voisin, et n'a plus le même intérêt pour nous.

Nous ne croyons pas devoir parler ici de la gangrène de l'œsophage chez un individu mort par suite d'empoisonnement par les champignons, fait cité par M. Mondière, d'après Orfila ; la gangrène de l'œsophage n'est ici qu'un accident de l'empoisonnement, et il devra en être question plus tard. Restent donc les cas où la gangrène est, comme dans certaines pharyngites gangréneuses, une simple *conséquence de l'inflammation.* Dans ces cas, on a trouvé pour *symptômes principaux* (2) la *douleur*, la *tuméfaction* du cou, les *éructations*, les *vomissements*, qui deviennent de plus en plus rares, et cessent tout à fait vers la fin de la maladie, alors que l'œsophage ne peut plus entrer en contraction ; un *pouls* petit, faible, intermittent, et une *prostration* considérable des forces qui ne peut s'expliquer par la lésion d'aucun autre organe important.

Cette description, n'étant fondée que sur un très petit nombre de faits, ne doit être regardée que comme provisoire, bien que les symptômes se rapportent exactement aux lésions organiques. A plus forte raison, ne doit-on admettre qu'avec beaucoup de doute un autre signe indiqué par M. Mondière. « Nous pensons, dit-il, quoiqu'il n'en soit pas fait mention dans les observations que nous venons de rapporter, que l'*haleine* des malades *doit exhaler une odeur gangréneuse*, nous appuyant sur ce que, dans les efforts du vomissement, les animaux avalent de l'air en quantité considérable. » Ce n'est là qu'une présomption dont l'observation aura à nous faire connaître le degré de justesse.

Telle est la description des symptômes de l'œsophagite. On voit combien de recherches sont encore à faire pour élever l'histoire de cette maladie au degré de précision nécessaire.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue et rapide : c'est-à-dire que, peu après le début, marqué par des symptômes légers, elle a acquis son plus haut degré d'intensité, et continue ensuite à présenter des symptômes assez tranchés. Toutefois il ne faut pas oublier que, dans les cas où les symptômes généraux [illegible], les phénomènes se montrent uniquement au moment de la déglutition. Il n'en faudrait évidemment pas conclure que la maladie est intermittente, car le [illegible]

(1) *Essai sur la nature de la fièvre, etc., les maladies des enfants.* Paris, 1823, vol. II, p. 432.

(2) Voy. Mondière, *loc. cit.*

ours ; la cause qui en détermine la manifestation agit seulement à de plus ou ns longs intervalles.

ans le plus grand nombre des cas, la maladie ne *dure* pas plus d'une semaine. s ceux où elle se termine par suppuration, elle peut avoir une durée beaucoup longue, puisque nous voyons dans l'observation de Barras la rupture de l'abcès cessation des symptômes les plus violents n'arriver qu'au dix-septième jour. uant à la *terminaison*, elle a lieu, dans le plus grand nombre des cas, par ution, et la guérison est presque constante. Elle peut cependant être fatale, c'est dans les cas où surviennent la suppuration et la gangrène. La gangrène constamment mortelle. Il est arrivé quelquefois que des abcès formés dans rtie supérieure de l'œsophage sont venus comprimer la partie supérieure du ıx et déterminer des symptômes d'*œdème de la glotte*. Nous en avons déjà à l'occasion des abcès du pharynx ; nous n'y reviendrons pas ici. Dans cer- cas, c'est un véritable œdème de la glotte qui est déterminé par le voisinage abcès œsophagien. C'est ce que nous avons mentionné au tome II, dans l'ar- *Œdème de la glotte*. Enfin, la *rupture de l'œsophage* peut succéder à une nmation violente ; mais comme cette rupture présente quelques particularités ortantes, et qu'elle peut être due à d'autres causes qu'une inflammation simple, en dirons quelques mots dans un article à part.

## § V. — Lésions anatomiques.

rougeur, l'injection de la membrane muqueuse, ont d'abord fixé l'attention uteurs. Chez les nouveau-nés, il faut se garder, ainsi que l'a fait observer rd, de prendre pour une rougeur inflammatoire l'injection plus ou moins no- qui existe plusieurs jours après la naissance. Au reste, n'oublions pas que, être un véritable signe d'inflammation, la rougeur de la muqueuse œsopha- ıe, comme celle des autres membranes du même genre, doit s'accompagner res altérations plus ou moins profondes. Le ramollissement, l'épaississement muqueuse, une sécrétion plus ou moins abondante de mucosités épaisses, uefois puriformes, la friabilité du tissu sous-muqueux, la destruction de hélium, telles sont les lésions que l'on a observées, mais qui n'ont pas encore tudiées avec assez de soin.

s *abcès* existent ordinairement au-dessous de la membrane muqueuse ; presque urs d'une étendue médiocre, ils font saillie à l'intérieur.

ıfin, tantôt la *gangrène* se présente sous la forme d'eschares limitées, couleur ie, et s'enlevant par lambeaux, comme chez un enfant observé par Billard, et t elle occupe une très grande étendue ou même toute l'étendue de l'œsophage toute son épaisseur, comme dans un cas rapporté par M. Mondière (1). M. le ur Dieulafoy (2) a cité un cas très curieux de gangrène du tissu cellulaire œsophagien ; mais l'œsophage ne présentait pas d'inflammation. Dans quelques on a signalé un ramollissement gélatiniforme de l'œsophage semblable au llissement gélatiniforme de l'estomac, dont il sera question plus loin.

*Journal de médecine* de Corvisart, Leroux et Boyer, t. XIV, p. 323.
*Compte rendu des travaux de la Soc. méd. de Toulouse*, 1849.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est assez difficile, avec le petit nombre de cas que nous connaissons, et surtout d'après la manière dont ils ont été étudiés, d'établir d'une manière bien positive le diagnostic de l'œsophagite aiguë ; non qu'on ne puisse facilement arriver à reconnaître l'existence d'une maladie dans l'œsophage, mais parce que ce conduit peut être le siége d'autres affections dont les signes peuvent être confondus avec ceux de la maladie qui nous occupe. Il faut donc diviser le diagnostic en deux parties : l'une qui se rapporte aux *maladies dont le siége est hors de l'œsophage*; l'autre qui a pour objet les *maladies différentes de l'inflammation, occupant ce conduit.*

1° *Maladies ayant leur siége hors de l'œsophage.* — Nous trouvons d'abord les *maladies de la trachée*, affections qui n'ont été elles-mêmes étudiées que d'une manière fort incomplète, ainsi que nous l'avons fait remarquer lorsque nous en avons tracé l'histoire (voy. tome IIe). Il peut arriver que, dans une affection de la trachée (par exemple, un ulcère ayant son siége à la partie postérieure ou sur la cloison qui sépare les deux conduits), la déglutition soit difficile ; mais la toux provoquée par des picotements particuliers et la douleur dans les fortes inspirations, qui existent dans les ulcères de la trachée, servent à lever tous les doutes. Dans l'œsophagite, en effet, la toux, lorsqu'elle existe, est simplement gutturale, et de plus il n'y a point de comparaison à établir entre la douleur violente de l'œsophagite pendant la déglutition et celle qui se produit quelquefois pendant le même acte dans les maladies de la trachée ; enfin, les spasmes et les vomissements de l'œsophagite achèveront de fixer ce diagnostic différentiel.

Dans les *ulcérations de la partie supérieure du larynx*, et surtout dans celles qui occupent l'épiglotte, il y a douleur, gêne de la déglutition et rejet des boissons par le nez ; mais en même temps la respiration est difficile, la toux est provoquée par l'inspiration ; en outre, bien que la déglutition soit gênée, on n'observe pas dans un point du conduit alimentaire cette douleur violente, ce nœud, cet obstacle signalés par les malades, au moment où les aliments et les boissons franchissent le point enflammé.

2° *Maladies qui ont leur siége dans l'œsophage.* — Les auteurs qui ont rangé sous le même titre l'inflammation simple et l'inflammation ulcéreuse de ce conduit, ou qui ont regardé celle-ci comme une terminaison de la première, ont nécessairement passé sous silence le diagnostic de ces deux lésions ; mais nous verrons plus loin qu'il est des cas où l'ulcération est une maladie bien différente de l'inflammation simple, qu'elle a une gravité et des conséquences toutes particulières, et qu'il est important de l'en distinguer. N'ayant pas encore fait connaître les symptômes des ulcères de l'œsophage, nous renvoyons ce diagnostic après la description de l'œsophagite ulcéreuse.

On a cité quelques cas de *rhumatisme du pharynx et de l'œsophage*. Il est évident qu'en pareil cas le diagnostic est très difficile. Nous savons, en effet, que, dans certaines inflammations légères, les symptômes généraux sont entièrement nuls : tout se borne donc à peu près à la douleur, dans un cas aussi bien que dans l'autre. Comment établir un diagnostic précis ? Le nombre des observations que nous possédons est beaucoup trop restreint pour que l'on puisse en tirer des conclusions positives. Toutefois disons que si, en l'absence de tout mouvement fébrile, toute

les fonctions s'accomplissant parfaitement bien, et surtout après la disparition d'un rhumatisme musculaire ou pendant son cours, il survenait une douleur de l'œsophage, vive pendant la déglutition, absolument nulle dans les intervalles, diminuant plutôt qu'augmentant après l'ingestion des premières portions d'aliments, on devrait regarder l'affection comme un rhumatisme plutôt que comme une inflammation. Nous avons vu deux cas de ce genre.

Le *spasme de l'œsophage* ou *œsophagisme*, dont il sera question plus loin, présente aussi quelques difficultés de diagnostic. Cependant on parvient à le distinguer de l'inflammation en ayant égard aux circonstances suivantes : Le véritable spasme nerveux survient presque toujours dans le cours de certaines névroses, et principalement dans le cours de l'hystérie; il est caractérisé par des mouvements désordonnés de l'œsophage, qui rejette, en se contractant, les aliments et les boissons : mais il ne présente pas ordinairement cette douleur si violente, si remarquable au moment du passage des aliments, et il ne s'accompagne point de mouvement fébrile. On voit donc que le spasme de l'œsophage n'est en réalité qu'un symptôme qui tantôt vient compliquer l'inflammation, et tantôt appartient à une maladie nerveuse, et que, à proprement parler, il ne constitue pas, dans la grande majorité des cas du moins, une véritable maladie.

Restent maintenant quelques autres affections, telles que le *cancer*, le *rétrécissement*, la *dilatation* de l'œsophage; mais ces maladies ont beaucoup plus de rapports avec l'œsophagite chronique qu'avec l'œsophagite aiguë; d'ailleurs il sera temps d'exposer leur diagnostic, lorsque nous aurons rapidement tracé leur histoire.

Enfin, on peut se demander s'il est possible de distinguer les *abcès de l'œsophage* de l'inflammation pure et simple. Les limites étroites, le point fixe de la douleur, sa persistance, la longue durée de la maladie, l'arrêt brusque des aliments dans un point toujours le même, et leur rejet immédiat, peuvent faire soupçonner l'existence d'un abcès, mais non la faire reconnaître d'une manière précise; si, à ces signes, venaient se joindre des symptômes très intenses, comme dans le cas rapporté par M. Barras, les probabilités seraient plus grandes.

Nous avons vu que l'affaissement, la petitesse du pouls, l'inertie de l'œsophage, étaient les signes observés dans quelques cas de *gangrène*. Ce sont les seuls qui puissent servir à reconnaître cette terminaison de l'inflammation. Relativement à l'odeur de l'haleine, nous renvoyons à ce que nous en avons dit plus haut. Ce dernier diagnostic est donc très incertain, dans l'état actuel de la science.

## TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

### 1° *Signes distinctifs de l'inflammation de l'œsophage et des ulcères de la trachée.*

| ŒSOPHAGITE AIGUË. | TRACHÉITE ULCÉREUSE. |
|---|---|
| Point de toux, ou simplement *toux gutturale*. | *Toux* provoquée par des picotements. |
| Respiration *facile*. | Respiration plus ou moins *gênée*. |
| *Douleur très vive* au moment du passage du bol alimentaire. | *Douleur médiocre* dans la déglutition. |
| *Spasmes et vomissements*. | *Ni spasmes ni vomissements*. |

### 2° *Signes distinctifs de l'œsophagite aiguë et des ulcérations de la part[illegible] supérieure du larynx.*

| ŒSOPHAGITE AIGUE. | LARYNGITE ULCÉREUSE. |
|---|---|
| Respiration *facile*. | Respiration plus ou moins *difficile*. |
| Toux *peu intense*. | Toux *plus ou moins intense*, provoq[illegible] l'inspiration. |
| Douleur *violente*. | *Gêne de la déglutition* ayant son [illegible] larynx, *plutôt qu'une véritable douleur* |
| Sensation d'un *obstacle* dans un point de l'œsophage, *quelquefois très bas*. | Gêne sentie *au niveau du larynx*. |

### 3° *Signes distinctifs de l'œsophagite aiguë non fébrile et du rhumati[illegible] de l'œsophage.*

| ŒSOPHAGITE AIGUE NON FÉBRILE. | RHUMATISME DE L'ŒSOPHAGE. |
|---|---|
| Quelques fonctions *toujours plus ou moins troublées*. | Toutes les fonctions *en bon état*. |
| Dans les intervalles de la déglutition, *quelques symptômes persistent*. | Dans les intervalles de la déglutition [illegible] *symptôme*. |
| Le passage des aliments et des boissons devient *de plus en plus douloureux*, à mesure qu'on répète cet acte. | Passage des aliments souvent pl[illegible] *après les premiers efforts*. |

### 4° *Signes distinctifs de l'œsophagite aiguë et du spasme de l'œsopha[illegible] (œsophagisme).*

| ŒSOPHAGITE AIGUE. | ŒSOPHAGISME. |
|---|---|
| *Douleur violente* lors du passage des aliments et des boissons. | Souvent *point de douleur ;* simple [illegible] tion désordonnée. |
| *Parfois* mouvement fébrile. | *Jamais* de mouvement fébrile. |
| Survient *dans l'état de santé*. | Survient *dans le cours d'une* [illegible] surtout de l'hystérie. |

### 5° *Signes distinctifs de l'œsophagite aiguë non suppurée et des abc[illegible] du pharynx.*

| ŒSOPHAGITE AIGUE NON SUPPURÉE. | ABCÈS DU PHARYNX. |
|---|---|
| Douleur occupant une *plus ou moins grande étendue*, parfois *parcourant le trajet du canal*. | Douleur limitée *à un point* [illegible] tant *fixe* dans ce point. |
| Mouvement fébrile *nul ou léger*. | Mouvement fébrile [illegible] |

Ces divers diagnostics, et surtout les derniers, présentent encore des poi[illegible] teux : il est à désirer que l'observation vienne les éclaircir. Nous les avons comme étant l'expression de nos connaissances. Nous n'avons pas placé [illegible] tableau le diagnostic différentiel de la gangrène de l'œsophage, parce que [illegible] nous en avons dit plus haut nous paraît suffisant.

*Pronostic.* — Lorsqu'elle est d'une intensité médiocre, la maladie n'[illegible]

grave. Les abcès de l'œsophage se terminent ordinairement par la rupture du foyer dans le conduit et une guérison prompte. La gangrène s'est montrée constamment mortelle.

## § VII. — Traitement.

Il faut dire d'abord que nous n'avons rien de précis sur le traitement de cette maladie. Si nous cherchons dans les anciens auteurs, nous trouvons une telle confusion, dans les divers états morbides donnant lieu au *spasme de l'œsophage*, que nous ne pouvons pas, avec certitude, rapporter les divers traitements qu'ils conseillent à l'œsophagite plutôt qu'à d'autres affections, et les auteurs modernes n'ont pas étudié avec assez de soin l'effet des médicaments dans les divers cas soumis à leur observation, pour en tirer des conclusions utiles. J. Frank a réuni dans un même article les maladies du pharynx et de l'œsophage, de telle sorte qu'il est impossible de distinguer ce qui appartient en propre aux unes et aux autres. Il faut donc que nous nous contentions d'indiquer ce qui a été proposé, et la marche qui a été suivie dans les principales observations.

*Émissions sanguines.* — La saignée a été conseillée par tous les auteurs ; aujourd'hui, c'est la *saignée du bras* que l'on pratique de préférence. Les anciens auteurs, à commencer par Cælius Aurelianus, voulaient que l'on ouvrît les *veines sublinguales*, et F. Hoffmann, cité par M. Mondière, recommandait cette dernière saignée après avoir préalablement employé la saignée du bras. Les dangers de l'ouverture des veines ranines, et le peu de certitude des avantages que l'on en a tirés, ont engagé les médecins modernes à l'abandonner ; cependant M. Janson (de Lyon), également cité par M. Mondière, a de nouveau insisté sur l'utilité de ce moyen ; mais nous manquons des éléments nécessaires pour en apprécier la valeur. Quant à la *saignée du pied*, nous restons dans la même incertitude. C'est donc à l'ouverture des veines du bras que l'on devra avoir recours, tout en reconnaissant que l'expérience ne nous a point encore appris quels sont ses avantages réels.

Les *saignées locales* ont été prescrites surtout dans ces derniers temps. Les *ventouses scarifiées* appliquées, soit sur la partie inférieure et latérale du cou, soit entre les deux épaules, ont été recommandées. Hildenbrand (1) pense que les ventouses, irritant les parties, ont par là un inconvénient que ne compense pas l'écoulement du sang, mais rien n'est moins démontré. Quant à M. Mondière, s'il ne conseille pas les ventouses appliquées sur les parties latérales et antérieures du cou, « c'est parce que leur application dans ce point est difficile, et ne peut être faite sans que l'on exerce une compression qui doit gêner la respiration et augmenter les souffrances du malade. » On voit que dans tout cela il n'y a rien de précis, et que l'observation a encore tout à faire sur ce point.

Les *sangsues* sont plus généralement prescrites. « On en applique, dit M. Mondière, depuis *douze* jusqu'à *trente* sur les parties latérales du cou, et l'on y revient tant que l'inflammation persiste, ou si elle menace de passer à l'état chronique. » Dans le cas observé par le docteur Neverre, dans le service de M. Lherminier (2), on eut recours à l'application de douze à seize sangsues, à quatre reprises diffé-

(1) *Institutiones practico-medicæ.*

(2) *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, 1819.

rentes, et l'on pratiqua deux saignées, une du bras et une du pied. Le malade guérit après dix-sept ou dix-huit jours de maladie.

*Applications externes.* — On a généralement prescrit les *cataplasmes émollients* autour du cou et les *frictions* avec un *liniment huileux opiacé;* le suivant, par exemple :

℞ Huile d'amandes douces.... 15 gram. | Laudanum de Sydenham....... 5 gram.

Pour frictions, trois fois par jour.

Les anciens faisaient usage de divers *emplâtres;* mais comme ils ne distinguaient pas suffisamment les cas, il serait inutile de citer ici leur pratique à cet égard. Nous en parlerons à l'occasion du *spasme de l'œsophage.* Les observations ne nous apprennent pas que ces applications externes aient eu un grand avantage, et l'on ne doit leur accorder qu'une confiance très limitée.

*Révulsifs, dérivatifs.* — Les *révulsifs,* tels que les *sinapismes,* les *vésicatoires* appliqués, soit sur les parties latérales du cou, soit à la partie supérieure du sternum, soit entre les deux épaules, auraient-ils un meilleur effet? C'est ce qu'il n'est pas permis de dire.

Quant aux *dérivatifs,* ils sont appliqués soit sur le tégument externe, soit sur la muqueuse intestinale. Dans le premier cas, les *pédiluves sinapisés,* les *sinapismes* aux jambes et aux cuisses, sont principalement employés : ces moyens furent mis en usage chez le sujet observé par le docteur Noverre. La *dérivation sur le tube intestinal* est difficile à pratiquer, à cause de la difficulté insurmontable de la déglutition, lorsque l'affection est un peu intense. On a recours alors aux *lavements irritants* ou *purgatifs.* On peut prescrire, par exemple :

℞ Eau commune.............. Q. s. | Sulfate de soude.............. 5 gram.

Ou bien

Infusion de follicules de séné...... Q. s. | Sulfate de soude.............. 15 gram.

Nous avons à peine besoin d'ajouter que la valeur de ces moyens, bien que Bleuland (1) affirme en avoir retiré de très bons effets, nous est peut-être encore moins connue que celle des moyens précédents. M. Mondière pense qu'il ne convient de les employer que dans les cas où l'affection tend à passer à l'état chronique, et dans ces cas, si ces moyens restaient infructueux, il ne faudrait pas, selon lui, hésiter à appliquer un ou plusieurs *moxas,* le plus près possible du point douloureux. C'est à l'expérience à nous apprendre ce qu'il faut penser de cette proposition.

*Narcotiques.* — Dans un cas cité par le docteur Bodin (2), l'application de la *morphine* sur un vésicatoire placé à la partie antérieure du cou fit cesser les accidents spasmodiques graves qui duraient depuis quelques jours; mais comme il n'est pas certain que ce *spasme* provînt d'une inflammation, nous reviendrons sur ce fait à l'occasion de l'*œsophagisme.* Tout ce qu'il nous est permis de dire ici, c'est que

(1) *De sana morb. œsophag. struct.*
(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* t. V, p. 372.

louleur de l'œsophage étant extrêmement vive, on doit être naturellement porté mployer les applications narcotiques, et comme, ainsi que nous l'avons déjà dit que nous le répéterons tout à l'heure, il est souvent impossible de faire pénétrer substances dans la partie supérieure du canal alimentaire, on sera autorisé à e usage de la *méthode endermique*.

On peut encore porter les narcotiques, à l'aide de *lavements*, sur la muqueuse stinale. On prescrira, par exemple, le lavement suivant :

| | |
|---|---|
| ℞ Décoction de guimauve......... | Q. s. pour un demi-lavement. |
| Laudanum de Sydenham........ | de 10 à 15 gouttes. |

On pourra répéter ce lavement deux fois dans la journée, si la susceptibilité du malade ne oppose pas. Il faut diminuer la dose du laudanum chez les enfants.

Dans le cas où la déglutition serait encore possible, il vaudrait peut-être mieux ter les narcotiques dans l'estomac sous la forme de *potion*. Ainsi on prescrirait :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Eau de fleur d'oranger..... | 60 gram. | Sirop de gomme......... | 15 gram. |
| Eau de laitue............ | 30 gram. | Acétate de morphine...... | 0,025 gram. |

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Si la déglutition, quoique encore possible, était trop difficile, on pourrait se conter d'administrer le *sirop de morphine* pur et par petites cuillerées, de manière e le malade ne fît que des mouvements de déglutition très lents. Ce sirop serait nné à la *dose de vingt-cinq à trente grammes*.

*Adoucissants portés sur la muqueuse enflammée*. — De tout temps on a beaup insisté sur la nécessité de diriger vers le point malade des substances adousantes et émollientes. C'est ainsi qu'on prescrit les tisanes de mauve, de guiuve, de bouillon-blanc coupées avec le lait, tisanes qu'on fait prendre par petites rgées et avaler lentement, pour ne point provoquer les mouvements convulsifs l'œsophage. Forestus, F. Hoffmann, et en général les anciens auteurs, attaaient une assez grande importance à l'administration des *substances huileuses*, ui ont le double avantage de lubrifier la partie enflammée et d'entretenir la liberté u ventre. On pourra prescrire la potion suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Huile d'amandes douces.. | 15 gram. | Sirop de capillaire........... | 38 gram. |
| Gomme adragante..... | 0,50 gram. | Eau..................... | 60 gram. |

A prendre par cuillerées.

Quelques auteurs ont pensé que les *fumigations émollientes et narcotiques* ourraient avoir de l'avantage ; mais, en pareil cas, la vapeur ne pourrait atteindre partie enflammée que si l'affection avait son siége à la partie la plus rapprochée pharynx, encore même n'y parviendrait-elle que difficilement.

Mais nous avons vu qu'assez souvent la *déglutition était entièrement impossible*, et que c'était surtout en pareil cas que la soif était intense. C'est là un fait u'il est important de noter, sous le point de vue du traitement. Il faut alors épargner au malade et les douleurs excessives que cause le passage des boissons, et les omissements spasmodiques qui suivent leur ingestion. On doit donc *tromper la*

*soif* en faisant tenir dans la bouche des tranches d'*orange*, de l'*eau froide* aiguisée soit avec le *vinaigre*, soit avec le *jus de citron;* ou, mieux encore, recommander de faire fondre fréquemment un morceau de *glace* dans la bouche. Peut-être parviendrait-on, jusqu'à un certain point, au même but, en faisant prendre des *bains prolongés*, qui d'ailleurs ont été conseillés par Forestus, comme utiles pour calmer l'inflammation.

Un autre précepte, que l'on doit principalement à M. Mondière, c'est de prescrire au malade un *silence absolu* ou presque absolu, « parce que les mouvements de la langue se propagent à l'œsophage et tendent à augmenter l'irritation. Au reste, ajoute cet auteur, la douleur force souvent le malade à garder le silence : c'est ce que nous éprouvâmes quand nous fûmes atteint de pharyngo-œsophagite. »

*Traitement de l'œsophagite chez les enfants à la mamelle.* — Nous croyons devoir indiquer ici ce qui a été dit à ce sujet par Billard, parce qu'on y trouve quelques particularités utiles à connaître. Si l'on a quelque raison de croire à l'existence de l'œsophagite chez les enfants très jeunes, on peut, suivant cet auteur, « appliquer les *sangsues* au cou, au nombre de *deux à quatre, suivant l'âge.* Il faut faire boire les enfants à la température du lait sortant du sein de la mère ; les faire teter ou boire peu à la fois, s'ils vomissent après avoir bu ; faire usage de cataplasme autour du cou ; établir sur les intestins une *légère irritation*, soit au moyen du *calomel*, soit en administrant de petits *lavements de lait sucré.* » C'est encore à l'observation à nous appprendre la valeur de ce traitement, qui ne diffère guère, comme on le voit, du traitement des adultes, que par la proportion.

*Traitement des abcès de l'œsophage.* — Il est assez difficile, nous le répétons, de diagnostiquer l'existence des abcès de l'œsophage ; toutefois les circonstances précédemment indiquées (voy. page 667) et la persistance de la maladie, ainsi que l'impossibilité absolue de la déglutition, mettront sur la voie et engageront à employer un traitement direct. Ce traitement consiste dans l'*exploration de l'œsophage à l'aide d'une sonde.* On a vu dans le cas précédemment cité (voy. page 667) et observé par M. Bourguet, que l'exploration de ce conduit à l'aide d'une *bougie de cire façonnée en olive à son extrémité* détermina la rupture de l'abcès et la prompte disparition d'accidents graves. On peut imiter cette conduite, soit en employant la même sonde, soit en mettant en usage une sonde œsophagienne ordinaire. M. Mondière dit qu'appelé dans un cas de ce genre, « il n'hésiterait pas à répéter de temps à autre l'introduction d'une sonde conique. » Cette pratique ne serait-elle pas sujette à de graves inconvénients, et ne pourrait-il pas en résulter la perforation de l'œsophage dans un point ramolli comme l'est le point enflammé? Si l'on voulait employer la sonde conique, on ne devrait du moins y procéder qu'après avoir, à l'aide d'une sonde ordinaire, déterminé le point où la tumeur purulente fait obstacle. Jusqu'à nouvel ordre, on doit regarder, ce nous semble, la conduite de M. Bourguet comme la plus sage.

*Traitement de la gangrène de l'œsophage.* — Nous avons vu que, dans les cas les plus évidents, la gangrène était la conséquence de l'inflammation. Il en résulte que, jusqu'à ce qu'elle se soit produite, on doit traiter la maladie comme l'inflammation ordinaire, en proportionnant l'énergie des moyens à la violence des symptômes. La gangrène une fois produite, quels sont les moyens qu'on doit employer? Nous avons dit plus haut que nous ne possédons pas un cas authentique

de guérison lorsque la gangrène s'est emparée de l'œsophage. L'expérience nous manque donc complétement. Aussi ne peut-on parler de ce traitement que d'une manière générale. Relever par les toniques les forces abattues; porter les médicaments dans l'intestin pour éviter des mouvements de déglutition et des contractions qui pourraient déterminer la rupture du conduit; prescrire le silence et l'immobilité, telle sera la conduite du médecin dans ces cas si graves.

*Résumé, ordonnances.* — Les principaux moyens indiqués plus haut sont, comme on vient de le voir, les émissions sanguines, les révulsifs, les narcotiques et les précautions dont on doit entourer le malade; ajoutons ici que, dans les cas simples et d'une intensité modérée, la maladie a une tendance naturelle à la guérison, comme on peut s'en convaincre par la lecture des observations; en pareil cas, il suffit donc de mettre en usage les moyens les plus simples, tels que les émollients, et de recommander les précautions dont il vient d'être question. Deux ordonnances suffiront pour faire connaître la conduite à tenir dans les différents cas.

### Iʳᵉ Ordonnance.

DANS UN CAS DE MÉDIOCRE INTENSITÉ.

1° Pour boisson, légère décoction de guimauve édulcorée avec le sirop de gomme, ou, si la soif est intense, légère limonade citrique.

2° De douze à vingt sangsues sur les parties latérales du cou.

3° Potion huileuse (page 675).

4° Pédiluves sinapisés le soir.

5° Diète; repos au lit; s'abstenir de parler.

### IIᵉ Ordonnance.

DANS UN CAS D'INTENSITÉ CONSIDÉRABLE, LA DÉGLUTITION ÉTANT IMPOSSIBLE.

1° Tromper la soif à l'aide de liquides acidulés et de la glace dans la bouche.

2° Saignée générale de 3 à 400 grammes, répétée s'il n'y a point d'amélioration dans les symptômes.

3° Application, sur les côtés du cou ou entre les deux épaules, d'un petit vésicatoire sur lequel on mettra à chaque pansement de 2 à 5 centigrammes d'hydrochlorate de morphine.

Ou bien un lavement avec le laudanum (page 675).

4° Bains prolongés.

5° Diète absolue; repos au lit, silence absolu.

Nous n'avons pas besoin de reproduire ici, sous forme d'ordonnances, ce qui a été dit plus haut du traitement des abcès et de la gangrène du pharynx.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Saignées générales et locales; applications émollientes et narcotiques à l'extérieur; révulsifs, dérivatifs, calmants; adoucissants sur la muqueuse enflammée.

2° Dans le cas de déglutition impossible, tromper la soif; bains prolongés.

3° *Traitement des abcès.* — Exploration par la bougie terminée en olive; introduction de la sonde ordinaire et de la sonde conique.

4° *Traitement de la gangrène.* — Toniques; porter les médicaments sur la muqueuse intestinale.

## ARTICLE III.

### ŒSOPHAGITE CHRONIQUE.

Tous les auteurs ont parlé de l'œsophagite qui se manifeste sous forme chronique; mais quand on vient à examiner les faits, on s'aperçoit bientôt qu'il n'est question dans leurs articles que du *rétrécissement de l'œsophage.* Or ce rétrécissement ne saurait en aucune manière être considéré comme une véritable inflammation chronique. D'abord, il est au moins fort rare de trouver un rétrécissement simple de l'œsophage; cette lésion résulte, dans l'immense majorité des cas, d'une affection squirrheuse de ce conduit, et nous verrons, quand il s'agira du *cancer de l'estomac*, ce qu'il faut penser de la théorie qui regarde l'inflammation chronique comme la source de ces affections squirrheuses. En second lieu, dans les cas où l'on a trouvé des rétrécissements d'apparence purement fibreuse, l'affection doit être regardée comme un résultat de l'inflammation plutôt que comme l'inflammation elle-même. Il arrive, en pareil cas, ce que nous avons déjà observé dans le rétrécissement des orifices du cœur : l'inflammation a laissé après elle des traces ineffaçables, quoiqu'elle ait disparu elle-même.

Il résulte de tout cela que l'œsophagite chronique est une maladie entièrement inconnue. Voici quels sont les symptômes qu'on lui a assignés, d'après quelques considérations générales :

C'est d'abord une *douleur* sourde, persistante, ayant son siége vers la partie inférieure du cou, soit à un point plus inférieur du conduit alimentaire. Quelquefois aussi on a observé une douleur passagère dans le fond de la gorge. Cette douleur augmente notablement au moment du passage des aliments, et surtout des aliments solides. Souvent ceux-ci sont arrêtés et ne pénètrent dans l'estomac qu'après un temps plus ou moins long, ou sont rejetés au dehors; il en résulte des troubles plus ou moins considérables de la digestion : le *pyrosis*, le *hoquet*, l'*expuition* abondante de mucosités filantes; puis on observe une faiblesse, un *dépérissement* marqués, jusqu'à ce qu'enfin les signes du rétrécissement deviennent manifestes.

On voit que ces symptômes peuvent très bien être rapportés au début du rétrécissement lui-même, et surtout du rétrécissement squirrheux ; aussi voyons-nous les faits mentionnés se terminer constamment par une lésion organique.

Le *traitement* qu'on a recommandé en pareil cas se compose, suivant M. Roche (1), des mêmes moyens que ceux qui ont été indiqués pour l'*œsophagite aiguë*, seulement il faut les employer avec plus de persévérance. « C'est, dit cet auteur, dans cette forme de la phlegmasie que l'on retire d'excellents effets des *évacuations sanguines locales*, des *purgatifs* répétés, des *vésicatoires* appliqués sur le trajet du conduit œsophagien, et des *bains de vapeurs*. Quand ces moyens sont insuffisants,

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XII, art. ŒSOPHAGITE.

on conseille d'avoir recours aux *moxas*. » Nous avons vu plus haut que le moxa a été également recommandé par M. Mondière.

Nous n'insistons pas davantage, par les raisons que nous venons d'indiquer, sur une maladie encore si peu connue. Il est à désirer que toutes les observations qui peuvent se rapporter à l'œsophagite chronique soient recueillies avec soin, pour faire cesser enfin les incertitudes qui règnent sur ce point.

## ARTICLE IV.

### ŒSOPHAGITE ULCÉREUSE.

Nous éprouvons encore un très grand embarras à tracer l'histoire de l'*œsophagite ulcéreuse*. Quelques faits, dont la plupart manquent de détails, ne sauraient suffire pour exposer d'une manière précise ce qui est relatif à cette maladie. Il en est parmi eux qui peuvent être regardés comme des exemples d'*ulcères simples de l'œsophage*; d'autres, et en particulier ceux qui ont été signalés par J. Frank, paraissent être en grande partie des exemples de *cancer ulcéré*. Nous ne pourrons donc présenter que quelques considérations sur cette affection qui a besoin d'être étudiée avec plus de soin.

Suivant M. Mondière, « l'œsophage peut être le siége de deux espèces d'ulcérations : l'une qui est le résultat d'une ulcération particulière des follicules muqueux, et l'autre qui succède à un travail franchement inflammatoire. » Il faudrait y joindre, d'après J. Frank, l'ulcère laissé par la rupture d'un abcès de l'œsophage, et dont Ziesner (1) nous a donné l'exemple suivant : « On trouvait, dit-il, à la face interne de l'œsophage, un abcès rompu de la grosseur d'une noix. Il en résultait une division des tuniques, faite comme avec le scalpel, qui ne laissait à l'extérieur autre chose que la tunique externe, envahie par le sphacèle. » Ce n'est pas là, comme on le voit, un véritable ulcère; c'est seulement un foyer purulent qui a causé la destruction des tuniques.

Il faudrait, pour admettre la division de M. Mondière, que les faits eussent été étudiés avec plus de soin; car on ne voit pas, au premier abord, qu'il y ait une différence essentielle entre les ulcérations qui ont leur siége primitif dans les follicules, et les autres.

Les causes de ces ulcérations sont fort peu connues. On sait que M. Louis en a, dans quelques cas rares, rencontré un petit nombre chez les sujets qui ont succombé à la *fièvre typhoïde* et à la *phthisie pulmonaire*. Billard en a cité deux exemples très intéressants observés *chez les nouveau-nés*.

M. Lediberder a observé un cas dans lequel on trouvait trois ulcérations de l'œsophage, larges et superficielles, qui avaient produit la destruction de la membrane muqueuse; mais c'était chez un sujet atteint du muguet, affection générale dans la grande majorité des cas du moins, ainsi que nous l'avons vu plus haut, et dans laquelle l'ulcération occupe tant de siéges différents. Quant à moi (2), nous n'avons jamais rencontré d'ulcération dans l'œsophage, même chez les enfants affectés de muguet.

(1) *Rar. œsoph. morb.* (*Halleri Disput. ad morb. histor. et curat. facientes*, t. VII).
(2) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, p. 217.

On voit combien nous avons de peine à trouver des cas d'œsophagite ulcéreuse simple. Le fait rapporté par Palletta (1), et traduit par Mondière, était-il de ce genre? Pour résoudre cette question, il faudrait avoir des renseignements plus précis sur les antécédents, et une description plus détaillée des lésions anatomiques. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans ce cas, la maladie eut une marche aiguë, et que, s'il était démontré que le virus syphilitique n'était pour rien dans sa production, on pourrait la regarder comme un ulcère simple.

Il est très difficile de savoir quelle est la *fréquence* des *ulcères syphilitiques* de l'œsophage. Les syphilographes n'ont point, en général, porté leur attention sur ce point. Marc-Aurèle Séverin, cité par Lieutaud (2), nous dit seulement que l'autopsie de plusieurs cadavres morts de syphilis montra des ulcérations tant dans l'œsophage que dans la trachée; mais on voit combien ces renseignements sont vagues. On a beaucoup trop négligé de rechercher les causes dans les cas d'ulcères des diverses cavités.

Nous nous bornons à indiquer ici les ulcères produits par les *corps irritants, âcres*, ou ayant une *température très élevée*. Il sera question des premiers lorsque nous aurons à traiter des divers empoisonnements. Il suit de ce qui précède que nous n'avons que des documents très peu précis sur les causes et la nature de l'œsophagite ulcéreuse. Voyons maintenant quels sont les symptômes qu'on a assignés à cette affection. Nous les empruntons à la description de M. Mondière.

*Symptômes.* — « Les *symptômes* qui peuvent faire reconnaître les ulcérations de l'œsophage sont, d'après cet auteur, les mêmes que ceux de l'œsophagite simple. Seulement les *douleurs sont plus vives*, surtout dans l'acte de la déglutition. Il y a encore des vomissements de matières glaireuses diversement colorées, et même sanguinolentes. Dans un cas, on observa une grande difficulté, et souvent une impossibilité absolue d'avaler les aliments solides; les liquides passaient, pourvu que le malade en prît un certain volume à la fois. Pendant les trois derniers mois, il y eut aussi une salivation abondante (3). Ce dernier symptôme n'est pas rare, mais il n'est jamais plus marqué que quand l'ulcération occupe la partie supérieure de l'œsophage.

» Une malade, ajoute M. Mondière, dont nous a parlé un de nos confrères, M. Robouam, et qui succomba à une ulcération de l'œsophage, située près du cardia, se plaignit, pendant toute la durée de sa maladie, qui fut de quatre mois, d'un *sentiment de brûlure* qu'elle rapportait à la partie supérieure de la région épigastrique. Il lui semblait, disait-elle, qu'un fer rouge était continuellement appliqué sur cette partie. »

D'après cette description, les symptômes de l'œsophagite ulcéreuse ne différeraient donc de ceux de l'œsophagite simple que par un siége plus fixe et une plus grande intensité; or, si l'on ajoute à ce peu de précision dans les signes différentiels l'incertitude dans laquelle nous laissent la plupart des observations sur la simplicité de la maladie, on verra combien il est difficile de porter un *diagnostic* exact. C'est ce qui fait qu'on ne doit pas chercher à l'établir avant que l'observation ait prononcé d'une manière plus positive.

(1) *Exercitationes pathologicæ*, 1820; p. 228.
(2) *Hist. anat.-med.*, lib. IV, obs. 105.
(3) *Med. communic.*, t. I.

Quant aux *lésions anatomiques*, elles n'ont été caractérisées, dans les cas où la maladie a pu être regardée comme simple ou de nature syphilitique, que par le plus ou moins grand nombre des ulcères, leur plus ou moins grande étendue, et la profondeur à laquelle ils pénétraient dans les tuniques de l'œsophage. Toutefois, il faut dire que, dans les principaux cas de ce genre, la destruction des tissus ne s'étendait pas au delà de la muqueuse et du tissu sous-muqueux.

*Traitement.* — Si nous avons eu tant de peine à tracer la description de l'œsophagite ulcéreuse, on doit naturellement s'attendre à ne pas trouver une très grande précision dans l'exposition du *traitement.* On ne saurait employer avec confiance un *traitement topique irritant* dans des cas où le diagnostic est si peu certain. Comment, en effet, oserait-on appliquer les caustiques sur un point malade qui peut être affecté de cancer aussi bien que de tout autre ulcère? Vater voulait que l'on portât sur la partie ulcérée des *liniments balsamiques à l'aide d'une éponge liée à un stylet flexible ;* mais ne risquerait-on pas de produire sur la surface de l'ulcère des désordres considérables, par suite de la difficulté qu'on aurait à diriger convenablement le stylet ?

Il est donc prudent, en pareil cas, de se borner à l'emploi des remèdes adoucissants; à faire éviter les mouvements fréquents de déglutition; à tromper la soif par les moyens indiqués plus haut, et à calmer les douleurs par les *opiacés.* Si l'on avait quelques raisons de croire que la maladie fût de nature syphilitique, on n'hésiterait pas à prescrire le *traitement mercuriel* et l'*iodure de potassium* dont on devrait attendre le plus prompt succès. Les moyens à mettre en usage, en pareille circonstance, ne diffèrent pas de ceux qui ont été indiqués plus haut (1), seulement, dans le cas où la déglutition serait très douloureuse, on aurait recours aux frictions mercurielles.

## ARTICLE V.

### ŒSOPHAGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

Nous avons vu que, dans quelques cas rares, une pseudo-membrane développée dans le pharynx pouvait s'étendre à l'œsophage. Les cas de ce genre ne doivent pas nous arrêter ici, car, évidemment, l'importance de la lésion œsophagienne disparaît devant celle de la lésion du pharynx, et surtout devant celle du larynx qui l'accompagne dans les cas de croup. Mais faut-il, avec M. Mondière, admettre que l'œsophagite pseudo-membraneuse n'a jamais existé seule? Cet auteur est arrivé, dit-il, par la lecture attentive des faits de cette espèce, à cette conclusion, que l'inflammation spécifique avait débuté par le pharynx et s'était de là étendue au larynx, à la trachée-artère et à l'œsophage. Nous trouvons dans J. Frank et dans Schenckius (2) deux faits qui nous paraissent assez intéressants sous ce point de vue.

La description qui a été donnée par ce dernier auteur, qui tenait ce fait de Thomas Mermann, est assez concluante pour qu'on doive admettre l'existence d'une pseudo-membrane qui persista longtemps. Ce serait donc là un cas d'*œsophagite pseudo-membraneuse chronique.*

(1) Article *Pharyngite ulcéreuse.*
(2) *Observ. med.*, etc., lib. III, obs. 10.

L'observation rapportée par J. Frank (1) laisse plus de doutes ; il y a, en effet, des raisons de croire que dans ce cas il y avait une diphthérite qui aurait commencé par l'œsophage, pour se porter ensuite vers le pharynx. Nous ne nous prononcerons pas sur ce point. Nous avons seulement cité ces faits pour montrer combien il serait nécessaire de recueillir exactement les observations de ce genre qui pourraient éclairer des questions si obscures.

Nous n'insistons pas sur une semblable affection, qui existe si rarement isolée, et que, dans cet état, nous connaissons à peine. Nous nous bornerons à dire, sous le rapport du *traitement*, que si la production d'une pseudo-membrane dans l'œsophage était démontrée, on serait d'abord porté à en provoquer l'expulsion à l'aide des *vomitifs*, et en particulier du *tartre stibié*.

## ARTICLE VI.

### PERFORATION DE L'ŒSOPHAGE.

Comme tous les autres points du tube digestif, l'œsophage peut être perforé, et il en résulte des accidents divers, suivant que la perforation s'ouvre dans telle ou telle cavité. Cette lésion n'étant évidemment qu'une conséquence d'autres lésions plus importantes, et les accidents auxquels elle donne lieu étant presque entièrement au-dessus des ressources de l'art, elle ne saurait avoir pour le praticien qu'un très médiocre intérêt, et c'est pourquoi nous n'en dirons que quelques mots.

*Causes.* — M. Mondière (2) s'est demandé s'il pouvait se former dans l'œsophage de ces *perforations spontanées* que l'on rencontre dans l'estomac et quelques autres points du tube digestif, et qui ont pour caractère d'être faites comme avec un emporte-pièce, et d'offrir des bords noirs taillés à pic. Pour répondre à la question qu'il s'est ainsi posée, il ajoute : « Nous n'en connaissons aucun exemple ; toutes les lésions de l'œsophage données par les auteurs sous le nom de perforations spontanées se rapportent évidemment à la *gangrène* ou au *ramollissement* de ses parois. » Peut-être doit-on être un peu moins exclusif que cet auteur ; car, dans une observation rapportée par M. Bouillaud (3), il existait une perforation de la grandeur de l'ongle, semblable aux perforations spontanées qu'on trouve dans l'estomac, et tout à fait distincte de la rupture qui s'était produite un peu plus tard, peut-être sous l'influence du ramollissement.

Il n'en est pas moins vrai de dire que les perforations de ce genre sont très rares, et que c'est aux deux causes suivantes qu'il faut principalement attribuer cet accident : la première est la présence de *corps étrangers* dans l'œsophage, d'où résulte la perforation de dedans en dehors ; et la seconde est le voisinage d'un *anévrysme de l'aorte* ou d'un *abcès* qui, perforant l'œsophage de dehors en dedans, viennent y verser leur contenu.

La présence des corps étrangers dans l'œsophage constitue un accident du domaine de la chirurgie. Quant à la perforation qui en résulte, on en comprend

(1) *Praxeos medicæ.*, vol. I, sect. II, *De inflamm. pharyng. et œsoph.*
(2) *Arch. gén. de méd.*, t. III, 2e série.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1823, t. I, p. 531 : *Rupture de l'œsophage, perforation de l'estomac.*

ilement le mécanisme : ces corps, offrant ordinairement des aspérités qui irritent s membranes de l'œsophage, déterminent leur inflammation, et parfois même la oduction d'abcès et la communication du conduit avec les plèvres, les bronches les poumons.

Quant aux perforations dues à l'ouverture d'un anévrysme dans ce conduit, les de ce genre sont assez fréquents. M. Mondière en a indiqué un assez grand mbre.

Enfin il est une autre cause qui peut produire la perforation de l'œsophage de iors en dedans : c'est l'existence d'une *ulcération de la trachée*, qui détruit is un point la cloison de ces deux conduits. M. Andral a rapporté un fait de ce ire. C'est à la même espèce de perforation qu'il faut attribuer celui qui a été ueilli par M. Leblond (1). M. Denonvilliers a présenté à la Société anatomique cas du même genre.

Les auteurs que nous venons de citer n'ont point parlé des perforations consé-:ives au *cancer*. Cependant il en existe des exemples dans la science : tel est ui qui a été rapporté par Lieutaud (2), et dans lequel on trouvait, au-dessous cartilage cricoïde, un ulcère aboutissant dans la trachée, avec de nombreuses itrices environnantes et des bosselures squirrheuses.

Nous ne saurions mieux faire, pour compléter ces documents, que de consigner les conclusions d'un travail important publié par M. Vigla (3) sur le sujet qui is occupe. Voici ces conclusions :

1° L'œsophage, dans l'état de maladie, peut communiquer avec les différentes ties des voies aériennes : trachée-artère, bronches, plèvres, poumons. Les com-nications œsophagiennes pulmonaires ont été spécialement étudiées dans ce vail.

2° Le côté droit de la poitrine est beaucoup plus fréquemment affecté que le che : l'anatomie donne l'explication de ce fait.

3° La perforation de l'œsophage, dans ces conditions, peut avoir lieu à un point lconque de la portion thoracique de ce conduit, mais elle paraît d'autant plus quente qu'on approche davantage du diaphragme.

4° L'ulcère simple, la gangrène, le cancer, les dégénérescences fibreuses, carti-ineuses, etc., de l'œsophage, sont les causes ordinaires de ces fistules.

Le rétrécissement de l'œsophage, qui est souvent la conséquence de ces diverses érations, exerce aussi une grande influence sur la production de ces mêmes fistules.

5° La communication peut être directe, le poumon et l'œsophage étant unis des adhérences : il est plus commun de trouver une poche ou un conduit fistu-x intermédiaires aux deux organes.

6° Ces perforations de l'œsophage sont simples ou multiples et de dimensions s variables. Le poumon est ordinairement creusé d'une excavation d'autant plus éressante à étudier, que ce mode d'altération pulmonaire est extrêmement rare, 'on excepte les cas de tubercules.

7° La maladie de l'œsophage précède ordinairement celle du poumon, qui est

(1) *Recherches sur une espèce de pharyngite particulière aux enfants, etc.* Paris, 1824.
(2) *Historia anatomico-medica.* Paris, 1767, lib. IV, obs. 103.
(3) *Recherches sur les communications accidentelles de l'œsophage avec les poumons et les nches (Arch. gén. de med.*, 4° série, 1846, t. XII, p. 129, 314).

en quelque sorte un accident, une complication de la première. Cependant ces deux organes peuvent être affectés simultanément; le poumon peut l'être primitivement : j'en ai cité des exemples.

8° Il résulte de la marche ordinaire des altérations que la maladie présente le plus souvent deux périodes.

Les symptômes de la première sont ceux qui dépendent de l'obstacle au cours des aliments dans l'œsophage : douleur profonde suivant le trajet de ce conduit, sentiment de constriction, dysphagie, vomissements œsophagiens, etc., etc.

Dans la seconde période, on observe de plus des accidents thoraciques graves, principalement lors de l'introduction des aliments ou des boissons.

9° L'ensemble de ces symptômes peut être considéré comme pathognomonique de la communication de l'œsophage avec les voies aériennes. Il est toujours difficile, mais non pas impossible, de déterminer par quelle partie des voies aériennes se fait la communication.

10° La durée de la maladie, après la manifestation de la seconde période, est en général plus longue que ne le ferait penser sa gravité : elle a varié, dans nos observations, de quatre jours à six mois.

11° La mort a été la terminaison commune des faits de communication spontanée rapportés dans ce travail; il n'en a pas été de même de ceux qui ont été le résultat de causes traumatiques: nous avons cherché à établir que la guérison n'est peut-être pas impossible, même dans les cas de la première espèce.

Les *symptômes* de ces diverses perforations sont variables suivant les cas. Si la perforation communique avec la plèvre, on observe tout à coup, au moment de la déglutition, une *douleur violente* se répandant dans la poitrine, et bientôt tous les signes d'une pleurésie suraiguë. Ces symptômes, nous allons les retrouver dans les cas de rupture de l'œsophage.

Si la perforation est causée par la rupture d'un abcès, et que les parois externes du foyer soient résistantes, le pus versé dans l'œsophage est rejeté par le *vomissement*, et il en résulte un soulagement rapide, comme dans les cas d'abcès simple.

Lorsque la perforation est due à l'ouverture d'un anévrysme dans le conduit alimentaire, les phénomènes sont différents, suivant que cette ouverture est large ou étroite. Dans le premier cas, il y a une *hématémèse foudroyante ;* dans le second, le *vomissement de sang peut être peu abondant*, mais il persiste, et le malade succombe épuisé ; ou bien la perforation devenant plus grande, les accidents sont les mêmes que dans le premier cas.

Quand la perforation fait communiquer l'œsophage avec la trachée, la *déglutition devient très pénible*, parce que les aliments et les boissons, s'introduisant dans les voies respiratoires, déterminent une *toux convulsive* et la *suffocation.*

*Traitement.* — Nous ne croyons pas devoir nous étendre davantage sur cette lésion, et nous nous bornerons à ajouter quelques mots sur le *traitement*, qui ne saurait être que *palliatif.* Ce qui rend formidables les accidents causés par ces perforations, c'est surtout la pénétration des matières ingérées dans la trachée ou dans la plèvre ; il s'ensuit qu'on doit principalement s'attacher à faire parvenir les aliments dans l'estomac, en les tenant séparés de l'ouverture accidentelle. Pour cela, il n'y a d'autres moyens que d'employer la *sonde œsophagienne* et d'*injecter*

*dans l'estomac des aliments demi-liquides.* Nous indiquerons, à l'occasion du *rétrécissement*, comment on doit procéder.

Les *calmants*, introduits principalement par le rectum, un *repos absolu*, le *silence*, doivent être également prescrits. Dans les cas où la perforation est produite par un anévrysme, les *astringents à l'extérieur*, une *diète sévère* et le *repos absolu*, forment la base du traitement.

## ARTICLE VII.

### RUPTURE DE L'ŒSOPHAGE.

La *rupture de l'œsophage* diffère de la perforation en ce que les parois du canal ont déchirées *tout à coup ;* mais il n'est pas nécessaire qu'il n'y ait aucune altération antérieure de leur substance, comme le veut Boyer (1), puisque des faits ecueillis par M. Mondière il résulte que le ramollissement, et surtout le *ramollissement gélatiniforme* des parois, a précédé ordinairement la rupture. Les deux aits les plus remarquables que nous connaissions sont ceux qui ont été rapportés ar Boerhaave et M. Bouillaud. Le premier a été reproduit dans la plupart des raités, et le second est exposé avec assez de soin dans le mémoire de M. Bouillaud (2) sur la rupture de l'œsophage, la perforation de l'estomac et la déchirure le ce dernier organe.

Comme l'affection qui nous occupe est grave, et qu'il serait difficile, avec le etit nombre de faits que nous possédons, d'en donner les caractères généraux, ous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de rapporter ces deux observations. Nous allons d'abord donner l'analyse de la première, telle qu'elle a été faite par Boyer :

« Le baron de Vassenaer, grand amiral de la république de Hollande, d'une excellente constitution, mais sujet à la goutte, avait contracté l'habitude de se aire vomir par l'ipécacuanha et l'infusion du chardon-bénit, pour se débarrasser l'un poids incommode qu'il sentait à l'orifice supérieur de l'estomac, toutes les ois qu'il avait fait quelque excès de table, ce qui lui arrivait assez souvent. Cette méthode lui réussissait si bien, que toutes les représentations ne purent la lui faire abandonner.

» Un soir, quelques heures après un repas copieux, comme la dose de son émétique tardait un peu trop à produire le vomissement, il l'excita en buvant une grande quantité de son infusion accoutumée, et en faisant des efforts extraordinaires. Tout à coup il ressentit une douleur atroce, et il se plaignit qu'il avait quelque chose de rompu ou de démis vers la partie supérieure de l'estomac ; que la situation des viscères de la poitrine était changée, et que la mort la plus prompte allait terminer ses jours. Cet homme, qui avait toujours supporté avec une patience héroïque les attaques les plus vives de la goutte, criait, se roulait par terre. Une sueur froide, la petitesse et la concentration du pouls, la pâleur du visage et des extrémités, annonçaient d'ailleurs l'excès des souffrances. Transporté sur son lit,

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, 4e édit., 1831, t. VII, p. 151.
(2) *Archives de médecine*. Paris, 1823, t. I, p. 531.

il n'y put rester que debout, soutenu par trois hommes, et fortement courbé en avant. Toute autre position et le moindre mouvement augmentaient ses douleurs. Dans cet état, il but environ douze onces tant d'huile d'olive que d'une bière médicamenteuse qui aggravèrent encore les accidents. Le médecin ordinaire, arrivé au bout d'une heure, prescrivit une boisson adoucissante et des fomentations émollientes et anodines. Boerhaave, appelé ensuite, y ajouta, de concert avec lui, des potions anodines, des saignées, des lavements, etc., dans l'idée qu'un rétrécissement spasmodique de l'estomac était la cause de ces symptômes; conjectures d'autant plus vraisemblables, que la région épigastrique s'élevait de plus en plus, et que le malade, après avoir pris une si grande quantité de boissons, ne rendait que quelques gouttes d'une urine épaisse et fort odorante.

» Tout fut inutile; le pouls s'affaiblit sans cesser d'être régulier; la respiration devint de plus en plus laborieuse et prompte, et le malade périt après dix-huit heures environ de souffrances inexprimables.

» Boerhaave fit lui-même l'ouverture du cadavre.

» Le péritoine, les intestins et l'estomac étaient distendus par une grande quantité d'air : ce dernier organe ne contenait qu'une très petite quantité des liquides que le malade avait avalés. La vessie était complétement vide, et tellement contractée sur elle-même, qu'elle formait une masse solide. Du reste, tous les viscères abdominaux et le diaphragme lui-même ne présentaient rien de contraire à l'état naturel.

» La cavité de la poitrine contenait une grande quantité d'air qui s'échappait avec impétuosité, en produisant une espèce de sifflement, aussitôt qu'on eut fait une petite ouverture à la plèvre. Les poumons, affaissés et décolorés, nageaient dans une liqueur semblable à celle qu'on avait trouvée dans l'estomac; on en tira cent quatre onces, poids de Hollande, des deux cavités de la poitrine. Dans la cavité gauche, on voyait, à trois travers de doigt du diaphragme, une sorte de tumeur de trois pouces de diamètre, formée par un tissu cellulaire lâche et comme soufflé, auquel on remarquait une crevasse d'un pouce et demi de longueur et de trois lignes de largeur. On voyait dans l'intérieur de ce renflement l'œsophage divisé en totalité transversalement, et ses deux bouts rétractés et retirés vers leurs attaches respectives. Les recherches les plus attentives ne firent découvrir ni ulcère ni érosion dans aucune partie de cet organe. »

On voit combien, dans ce cas, les boissons prises par le malade, et les potions administrées par Boerhaave étaient contre-indiquées. Nous reviendrons sur ce point tout à l'heure dans quelques considérations générales; mais, auparavant, citons le cas recueilli par M. Bouillaud :

« Parechaut (Pierre-Louis), âgé de vingt ans, fortement constitué, quoique pâle et nerveux, sujet à des tremblements musculaires, affecté, depuis l'âge de huit ans d'un écoulement purulent de l'oreille droite, entra à l'hôpital Cochin le 8 mars 1832.

» Depuis six semaines environ, il souffrait de l'estomac, surtout après les repas et pendant la nuit; mais il n'était alité que depuis quatre jours. A son entrée, il présenta les symptômes suivants : Langue un peu rouge, assez humide; anorexie; soif; région de l'estomac chaude et douloureuse; constipation; pouls vif et fréquent; frissons passagers; céphalalgie sus-orbitaire, brisement des membres, etc.

ntinuels pendant la nuit. (*Eau de gomme édulcorée, trente sangsues à l'épi-stre, lavements, diète.*) Le malade ne souffrant plus après cette application, on i donna un potage le soir. Pour la première fois depuis le commencement de sa aladie, il éprouva un vomissement.

» Le lendemain, 9 mars, le pouls est roide, fréquent et large. (*Une saignée du as.*) Les 10, 11, 12, les vomissements continuent; le pouls est toujours plein, rt, peu fréquent.

» Le 13 au matin, tremblement; le malade, ayant voulu se lever, chancelle et peut se soutenir; il perd la parole et prononce en balbutiant quelques mots intelligibles. Commissure gauche tirée en haut et en dehors, impossibilité de rrer les objets avec la main droite; pupilles dilatées, mobiles; regard égaré. *aignée du bras, lavement purgatif.*)

» Le 14, épistaxis; le malade comprend nos questions, mais ne peut répondre; s'impatiente, s'agite, se roule, et s'enfonce sous ses couvertures. (*Saignée du ed, vésicatoire derrière l'oreille droite, dont l'écoulement est suspendu.*)

» Le 15, alternatives d'agitation et d'assoupissement; soupirs et gémissements équents, battements du cœur très forts, chaleur de la peau.

» Le 17, le malade s'obstine à rester couché sur le côté droit; il me serre fortement la main avec celle qui était paralysée (la droite); du reste, aucune réponse; upirs profonds, efforts considérables pour rendre les matières fécales dans le lit.

» Le 18, perte absolue de connaissance, face grippée; pupilles larges, immobiles; pouls très fréquent, cent cinquante pulsations; râle muqueux très bruyant. a bouche n'est plus déviée. Mort à neuf heures.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

» 1° *Habitude extérieure.* — Rigidité cadavérique très forte.

» 2° *Tête.* — Injection des méninges; ventricules latéraux distendus par une ande quantité de sérosité trouble, lactescente; tissu cérébral un peu mou.

» 3° *Poitrine.* — Des gaz s'échappent à l'ouverture du côté gauche de cette vité; le poumon correspondant est refoulé; en dedans, la cavité de la plèvre ntient environ deux verres d'un liquide rouge brunâtre; la plèvre, très injectée, fre plusieurs plaques d'un rouge vif. L'œsophage, un peu au-dessus du cardia, à gauche, présente une perforation de la grandeur de l'ongle, et, un peu plus ut, une déchirure d'un pouce et demi de longueur, par laquelle s'est répandu ns le côté gauche le liquide indiqué tout à l'heure, et qui n'est autre chose u'une partie de celui contenu dans l'estomac, mêlé de sang.

» 4° *Abdomen.* — En ouvrant ses parois, il s'est dégagé une certaine quantité matière liquide épanchée dans la cavité péritonéale. L'estomac présente dans sa gion splénique quatre perforations disposées de manière à former les quatre an-es d'un parallélogramme; la plus grande a la largeur d'un centime, et les autres nt de plus en plus petites; la membrane muqueuse, détruite par l'ulcération, est dans une bien plus grande étendue que la membrane séreuse, qui n'est proablement que rompue: de là la coupe en biseau des bords des perforations. D'ailleurs la membrane muqueuse gastrique est généralement rouge et injectée; la ortion du péritoine en contact avec le liquide épanché est très injectée; la mem-

brane muqueuse de l'intestin grêle, du cæcum et du côlon, est aussi vivement injectée, et d'ailleurs saine; le conduit auditif externe et l'oreille interne sont recouverts d'une matière purulente peu abondante. »

Quoique, dans cette seconde observation, l'époque où la rupture s'est produite ne soit pas aussi bien déterminée que dans la première, à cause de l'état dans lequel se trouvait le malade, on doit la fixer, selon toutes les apparences, au moment où il éprouva le tremblement et les autres phénomènes nerveux, et où les vomissements cessèrent. Toutefois, comme il existait en même temps des *perforations de l'estomac*, on ne doit se prononcer à ce sujet qu'avec réserve, car la péritonite déterminée par l'épanchement des matières dans la séreuse abdominale peut très bien avoir produit ces phénomènes.

On voit qu'avec un aussi petit nombre de faits on aurait tort de vouloir tracer une histoire complète de la rupture de l'œsophage; mais les exemples que nous venons de citer sont suffisants (surtout si on les rapproche des faits de perforation du péritoine qui présentent des symptômes analogues) pour nous indiquer ce qui suit : Si, chez un sujet affecté d'une douleur plus ou moins vive dans le canal œsophagien, et de troubles plus ou moins marqués de la déglutition, il survient *tout à coup*, dans un effort, une *douleur* extrêmement vive dans un côté de la poitrine, douleur se *répandant rapidement* à toute la cavité pleurale, et accompagnée d'un état général grave, constitué par le tremblement, le refroidissement des extrémités, le rapprochement des membres vers le tronc, la tendance à se rouler sous les couvertures, ou bien par une agitation, une anxiété extrêmes, avec une fréquence et petitesse notable du pouls et courbure du corps en avant, on pourra diagnostiquer une rupture de l'œsophage. Ce diagnostic deviendra beaucoup plus positif, si, d'une part, on n'a constaté dans le poumon aucune lésion qui ait pu donner lieu à la perforation de cet organe (*gangrène*, *apoplexie pulmonaire*, *tubercules*), et si, de l'autre, on s'assure que les accidents sont survenus *au moment même de la déglutition ou dans un effort de vomissement.*

Nous n'avons pas besoin de dire combien cette affection est grave. La rapidité avec laquelle la mort s'est produite dans le cas observé par Boerhaave le prouve suffisamment.

Quant aux *lésions anatomiques*, on a vu qu'une solution de continuité à forme allongée, irrégulière, à bords déchirés, constituait le caractère de la rupture de l'œsophage. Dans quelques cas on a trouvé les environs de cette déchirure mous et présentant ce genre d'altération auquel on a donné le nom de *ramollissement gélatiniforme.* M. Blandin (1) en a cité deux cas remarquables. M. Mondière pense même que dans la plupart des cas cette lésion préparatoire est nécessaire pour que la rupture de l'œsophage ait lieu.

C'est dans l'une des deux plèvres que se fait ordinairement l'épanchement des matières ingérées : aussi trouve-t-on dans ces cavités un liquide semblable aux boissons prises par le malade; liquide qui peut être mêlé de sang, comme dans le cas cité par M. Bouillaud. En outre, on constate, dans la cavité séreuse, la présence de fausses membranes qui caractérisent l'inflammation vive déterminée par la matière épanchée. Dans les cas observés par Blandin, les boissons avaient pénétré *dans le médiastin postérieur.*

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XII, p. 141.

*Traitement.* — Tout ce qui vient d'être dit sur la perforation et la rupture de l'œsophage serait inutile, si nous ne pouvions pas en tirer quelques conséquences utiles pour le cas où un accident aussi grave se présenterait au médecin. Mais, en y réfléchissant, on verra que si, d'après le petit nombre de faits que nous connaissons, on ne doit avoir guère d'espoir d'arriver à un résultat heureux, cependant on peut épargner au malade des douleurs vives, et lui conserver quelques chances de salut.

Dans l'observation citée par Boerhaave, il y eut, après l'accident, ingestion d'une notable quantité de boissons. Or les liquides, s'échappant par la solution de continuité, devaient nécessairement aller irriter la plèvre et augmenter la gravité du mal. Si donc on avait lieu de croire à l'existence d'une rupture de l'œsophage, il faudrait, avant tout, prescrire une *abstinence complète des boissons*, et se borner, pour *tromper la soif*, à laver la bouche avec des *liquides acidulés*, et à y faire fondre quelques *morceaux de glace*. Si des boissons avaient déjà été prises, l'examen de la plèvre et de l'estomac servirait à faire connaître au médecin combien il serait nécessaire de les suspendre, car l'épanchement dans la plèvre serait reconnu par l'auscultation et la percussion, et la vacuité de l'estomac constatée par ce dernier moyen.

On devrait encore, en pareil cas, essayer le *cathétérisme de l'œsophage*, afin d'introduire dans l'estomac des boissons, et si on le jugeait convenable, des aliments liquides. Un des dangers de cette opération serait évidemment, en pareil cas, la pénétration de la sonde dans la plèvre, à travers la solution de continuité. Les moyens de diagnostic que nous venons d'indiquer seraient encore utiles pour reconnaître si l'on a fait cette espèce de fausse route. Dans tous les cas, on ne devrait commencer à injecter qu'une petite quantité d'un liquide mucilagineux; et, si l'on trouvait une augmentation de l'étendue de la matité dans la cavité pleurale, l'estomac restant vide; si, surtout au moment de l'injection, la douleur pleurétique augmentait, il faudrait se hâter de retirer la sonde pour lui faire parcourir un autre trajet; ou enfin, si les obstacles étaient trop considérables, on devrait suspendre entièrement ces tentatives. Il est évident que, pour pratiquer ce cathétérisme, on ne devrait se servir que d'une simple *sonde de gomme élastique*.

Le traitement variera ensuite, selon qu'on aura réussi à faire parvenir une sonde dans l'estomac, ou qu'on aura échoué dans cette tentative. Dans le premier cas, les divers médicaments seront introduits par la sonde; dans le second, il faudra les porter dans le canal intestinal à l'aide de lavements.

L'expérience nous manque pour savoir d'une manière positive quels sont les moyens auxquels il faudrait donner la préférence. Mais si nous consultons l'analogie, et si nous appliquons à la rupture de l'œsophage ce qui a été mis en usage dans les cas de péritonite suraiguë par suite de perforation, nous dirons que les *opiacés* doivent tenir la première place. Nous verrons, en effet, à l'article *Péritonite*, que MM. Graves et Stokes ont, dans cette dernière maladie, retiré de notables avantages de l'administration du *laudanum* à doses élevées. Ainsi on prescrira *vingt, trente* et même *quarante gouttes de laudanum* dans une potion, à prendre par cuillerées, de demi-heure en demi-heure; et l'on appliquera sur la poitrine de larges *cataplasmes laudanisés*.

Dans le cas où l'on ne peut pas porter les médicaments dans l'estomac à l'aide

de la sonde, il faut, nous le répétons, introduire les *narcotiques dans l'intestin*, en les élevant à une haute dose : *trente, quarante, cinquante gouttes de laudanum*, dans un lavement administré matin et soir, rempliront cette indication. Il ne faut évidemment pas craindre le narcotisme dans lequel ce traitement peut plonger le malade, car les accidents sont si graves, que ce narcotisme n'a en comparaison qu'un très léger inconvénient.

Dans les circonstances semblables à celle dont il est ici question, on applique ordinairement des *rubéfiants* aux extrémités, dans le but d'exciter l'organisme d'une manière générale, et aussi pour exercer une *dérivation*. Les *cataplasmes sinapisés*, les *sinapismes*, une *forte chaleur*, sont alors généralement recommandés. Ces moyens sont de simples adjuvants, et leur valeur réelle ne nous est qu'imparfaitement connue.

Enfin il est presque inutile de dire que le malade doit garder le *silence* et rester dans un *repos absolu*. Tout mouvement pourrait aggraver notablement les symptômes : il faut donc que le médecin veille à ce qu'il n'en fasse aucun ; pour cela il faut *entretenir la liberté du ventre*, et forcer le malade à rester couché dans la même position.

Nous ne pouvons pas, avons-nous dit, invoquer l'expérience en faveur de ce traitement ; cependant on conçoit que si toutes les précautions précédentes étaient bien prises, et si, comme dans le cas cité par Boerhaave, l'affection était toute locale, la cicatrisation de la solution de continuité pourrait avoir lieu. Il était donc très important de présenter ces considérations ; car, si le médecin doit principalement s'attacher à connaître les maladies qui s'offrent le plus souvent dans la pratique, il ne saurait néanmoins négliger ces accidents si terribles pour lesquels il pourrait être appelé, et qui demandent une connaissance exacte de la maladie, et une détermination prompte dans le choix des moyens à mettre en usage.

## ARTICLE VIII.

### CANCER DE L'ŒSOPHAGE.

Le *cancer de l'œsophage* a été peu étudié d'une manière particulière. La plupart des auteurs l'ont rangé dans la *dysphagie par cause organique*, comme l'a fait Boyer (1), ou dans le *rétrécissement du conduit alimentaire*. Cependant on trouve dans la science un assez grand nombre d'observations qui se rapportent évidemment soit au *squirrhe*, soit à l'*encéphaloïde* de l'œsophage. C'est dans cet ordre de maladies qu'il faut placer les *carnosités* trouvées par Galien (2), les *caroncules* nées des ulcères œsophagiens signalés par Sylvius, et sans doute quelques-uns des *polypes* décrits par les médecins qui les ont suivis. Lieutaud en a rassemblé plusieurs cas qu'il a empruntés à divers auteurs, et qu'il a cités sous le nom d'*œsophagus scirrhosus*. Enfin, dans ces derniers temps, M. Cruveilhier et plusieurs autres en ont rapporté des exemples remarquables.

Cependant il faut dire que le cancer de l'œsophage est assez *rare*, et qu'il est

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. VII, p. 169.
(2) *De sympt. caus.*, lib. III, cap. II.

oat infiniment moins fréquent que le cancer de l'estomac; si, en effet, nous ısultons un tableau présenté par M. Tanchou à l'Académie des sciences, nous ıvons que, sur 9118 cas de cancer, il y en avait 2303 ayant leur siége dans omac, et 13 seulement dans l'œsophage. Quoique ce résultat ne soit pas sans :e parfaitement exact, puisqu'il est tiré des registres de mortalité de la ville de s, dans lesquels les causes de la mort ne sont pas toujours bien constatées, ındant l'extrême différence entre la fréquence du cancer dans ces deux organes ìtra bien digne de remarque (1).

*auses.* — Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur les *causes* de cette mala- c'est une question qui se représentera à l'occasion du *cancer de l'estomac*, et sera traitée avec quelques détails. Disons seulement ici qu'on a observé le plus ıd nombre de cancers de l'œsophage à une *époque assez avancée de la vie*, et cependant, comme les cancers des autres organes, celui-ci se manifeste par- avant la vieillesse, puisque Lieutaud en cite deux exemples dans lesquels les ts n'avaient pas dépassé trente-cinq ans. On n'a point fait, relativement au ·, de recherches spéciales pour le cancer qui a son siége dans l'œsophage; ce t donc que d'après des généralités qu'on pourrait supposer qu'il se montre plus uemment chez les *hommes*.

. Frank a trouvé que, parmi les sujets de ses observations, plusieurs avaient affectés de *scrofules* dans leur jeune âge; que d'autres avaient été atteints de adies *arthritiques* vers le milieu de la vie; que d'autres avaient supporté de *ndes fatigues*, et que la plupart enfin étaient *adonnés aux boissons alcooliques*. sent que ces recherches auraient besoin d'être entreprises sur d'autres bases r inspirer quelque confiance. On a cité (2) un exemple d'*hérédité*. Il s'agit ne femme affectée d'un squirrhe de l'œsophage, et dont la mère et la sœur ient été en proie à la même maladie. Cet exemple ne nous donne que des notions ; vagues sur cette cause prédisposante.

*Symptômes.* — Les symptômes du cancer de l'œsophage n'ont été suffisamment diés qu'au moment où la maladie est entièrement développée. Le *début* n'a été imparfaitement indiqué dans les observations. Aussi ne pouvons-nous déterminer début que par des symptômes assez vagues. Une *sensation de gêne* plutôt que douleur s'est manifestée d'abord dans la plupart des cas. Cette gêne se faisait tir dans un point de l'œsophage que les malades pouvaient désigner avec le doigt. fixité de ce symptôme dans un point limité est remarquable, et indique le *siége la maladie*. Suivant quelques auteurs, mais non d'après un relevé exact des ervations, le point le plus fréquemment affecté est la partie inférieure du con- t musculeux. Quelquefois cependant c'est à la réunion du pharynx et de l'œso- ge qu'existe le cancer, et Baillie (3) en a vu un occuper toute l'étendue de l'or- e. Parfois aussi on a vu cette affection s'étendre du pharynx à l'œsophage.

La gêne que nous venons de signaler s'accompagne bientôt d'une *difficulté* plus moins notable *de la déglutition*. Cette difficulté se fait principalement sentir s la déglutition des aliments solides. Il faut, pour que les aliments puissent

1) Voy. à ce sujet ce que rapporte M. H. Lebert, *Traité pratique des maladies cancé- ses*. Paris, 1851, p. 92 et suiv.
2) *The London med. Reposit.*. nov. 1818.
3) *Anat. path.* Paris, 1815, in-8.

passer, qu'ils soient longtemps triturés, et même, malgré cette précaution, les malades éprouvent une sensation d'obstacle dans le point précédemment indiqué. Cependant les liquides peuvent encore être assez facilement ingérés.

Ces symptômes sont les signes d'un *rétrécissement* occasionné par la tumeur cancéreuse, rétrécissement qui n'est pas encore porté à un degré extrême. Ils restent stationnaires pendant un temps très variable; on les a vus persister ainsi pendant plusieurs années. Mais ordinairement ils deviennent de jour en jour plus notables, ce qui indique les progrès du rétrécissement. Lorsque celui-ci est porté à un très haut degré, la déglutition, même des liquides, devient extrêmement difficile et parfois impossible. Alors il se joint aux symptômes précédents un signe nouveau, sur lequel Michaëlis (1) a principalement insisté, c'est le *vomissement*. Le vomissement a lieu tantôt presque immédiatement, tantôt un certain temps après l'ingestion. M. Cruveilhier a vu, dans un cas, les aliments et les boissons être retenus pendant plusieurs jours, et être vomis enfin en grande abondance. Il existe alors une dilatation considérable au-dessus du point rétréci. Farquharson (2), qui a observé des cas dans lesquels les aliments étaient retenus pendant plusieurs heures, a constaté qu'alors il existait un sentiment de plénitude et une *douleur* violente dans la poitrine et dans le dos. La matière des vomissements représente les boissons mêlées à des mucosités plus ou moins abondantes, dans lesquelles nagent les aliments peu ou point digérés.

A une époque avancée de la maladie, la gêne précédemment indiquée se change en une *douleur fixe* plus ou moins vive, qui augmente notablement lors de l'ingestion des liquides, et surtout des solides. On a attribué ce changement à l'*ulcération* des tumeurs carcinomateuses. C'est alors surtout que les vomissements ont lieu avec promptitude, quoique quelquefois il survienne dans la lésion de l'œsophage certaines modifications qui peuvent faciliter la rétention des matières. Tel était le cas cité par M. Moutard-Martin (3), dans lequel l'ulcération ayant creusé une large cavité dans la substance pulmonaire, les matières ingérées s'accumulaient dans cette poche contre nature.

C'est à l'époque de l'ulcération du cancer que surviennent ordinairement, d'après les auteurs, les *hémorrhagies considérables* de l'œsophage. Cependant ce point n'a pas été suffisamment étudié.

Suivant J. Frank (4), on a pu quelquefois, en pressant sur les côtés et en arrière de la trachée-artère, à la partie inférieure du cou, reconnaître le *gonflement* et l'*induration* de l'œsophage devenu squirrheux; mais il est un mode d'exploration qui fait diagnostiquer d'une manière plus sûre la présence de l'obstacle dans le conduit alimentaire : c'est le *cathétérisme de l'œsophage;* la sonde, arrivée à une certaine hauteur, se trouve arrêtée; et si le cancer est ulcéré, elle peut rapporter à son extrémité une *matière sanieuse* qui couvre l'ulcération.

Pendant que ces *symptômes locaux* se produisent, on voit apparaître des *symptômes généraux* qui éclairent le médecin sur la nature de la lésion. Les aliments étant rejetés peu de temps après leur ingestion, ou étant retenus dans une cavité

(1) *Dissertatio de vomitu ex œsophagi glandula scirrhosa*, 1770.
(2) *Mém. de la Soc. de Londres*, vol. II.
(3) *Bibliothèque médicale*, t. XXXIV.
(4) *Praxeos medicæ*, etc., pars III, vol. I, sect. II.

dans laquelle la digestion ne s'accomplit pas, il en résulte bientôt un *dépérissement considérable*; l'*amaigrissement* fait des progrès rapides dès l'instant où la déglutition devient très difficile; la *faiblesse* est bientôt extrême, il y a un *découragement* marqué, et bientôt tous les symptômes du cancer : *teint jaune-paille terreux, langueur, marasme, fièvre lente*, etc., se manifestent et persistent jusqu'au dernier moment.

M. le docteur Pfeufer (1) a observé un cas de cancer de l'œsophage dans lequel l'aorte fut envahie et perforée, ce qui détermina deux *vomissements de sang artériel*, dont le premier était de 1500 grammes environ. M. le docteur Barret (2) a vu un squirrhe de l'œsophage atrophier le nerf récurrent laryngé, et occasionner la *perte complète de la voix*.

En exposant les symptômes, nous avons tracé la *marche* de la maladie. Il serait à désirer que, d'après les observations, on pût l'indiquer d'une manière plus précise; mais ce travail n'a point été entrepris. On peut dire, en général, que l'affection est de longue *durée*. On la voit quelquefois, après avoir persisté longtemps, marcher tout à coup avec rapidité, et c'est à l'ulcération qu'on est porté à attribuer cette marche rapide de tous les symptômes. Quant à la *terminaison*, elle a été constamment mortelle.

Les *altérations anatomiques* sont variées. Tantôt on trouve des tumeurs de nature squirrheuse, d'un blanc nacré, dures, criant sous le scalpel, et occupant, comme M. Mondière en a cité plusieurs exemples, l'espace intermédiaire entre les diverses tuniques de l'œsophage; tantôt on constate la présence de la matière cancéreuse infiltrée en couche stratiforme, et entourant les parois dans une plus ou moins grande partie de leur étendue, de manière à diminuer le calibre de l'œsophage; tantôt enfin on rencontre des champignons cancéreux, mous, surtout dans certaines parties, infiltrés d'une matière lactescente, d'un blanc rougeâtre, et présentant les caractères du cancer encéphaloïde. Alors les tuniques sont plus ou moins confondues au niveau de cette altération, et augmentées d'épaisseur dans les parties environnantes : c'est ainsi, par exemple, que les fibres musculaires ont le double ou le triple de leur volume ordinaire. L'ulcération qui s'empare de ces parties les détruit dans une plus ou moins grande profondeur; il peut en résulter des perforations qui font communiquer l'œsophage avec les cavités voisines, ou qui forment des poches additionnelles, comme dans le cas cité par M. Moutard-Martin. La dilatation de la partie supérieure de l'œsophage et l'épaississement de ses membranes sont le résultat du rétrécissement ou de l'oblitération causée par le cancer. La partie située au-dessous de la lésion est au contraire revenue sur elle-même, et présente une diminution de calibre plus ou moins marquée.

Le *diagnostic* de cette affection se tire, et des symptômes locaux, et des symptômes généraux. C'est par les premiers surtout qu'on distingue le cancer de l'œsophage de la constriction spasmodique ou *œsophagisme*, au début de l'affection. Dans la *constriction spasmodique*, les accidents surviennent ordinairement tout à coup, et deviennent rapidement très violents, de telle sorte que, dès les premiers jours, l'obstacle s'opposant entièrement à la déglutition, les matières sont rejetées

(1) *Zeitschrift für rationelle Medicin*, Bd. III, Heft 3.
(2) *The Lancet*. London, mai 1847.

par le vomissement. Dans les cas où la constriction n'est pas portée à un aussi haut degré, la déglutition, quoique difficile, s'exécute encore complétement; elle se fait seulement avec lenteur : en outre, il existe presque toujours d'autres symptômes nerveux tels que les symptômes hystériques, qui éclairent le médecin sur la nature de la maladie. Nous avons vu, au contraire, que, dans le *cancer de l'œsophage*, les premiers symptômes consistaient dans une gêne ayant un siége fixe, et dans la difficulté et la lenteur de la déglutition des aliments solides; les autres symptômes nerveux n'existent pas.

Le *rétrécissement* organique de l'œsophage *de nature non cancéreuse* est beaucoup plus rare que ne l'ont supposé les auteurs qui n'ont point suffisamment recherché l'existence du cancer. Les exemples authentiques de cette lésion doivent être presque tous rapportés à une altération produite par le séjour des corps étrangers, ou par l'ingestion des poisons caustiques, et principalement par les acides, ainsi que plusieurs auteurs, et en particulier Bayle, en ont rapporté des cas remarquables. La connaissance de la cause sera donc ici d'une grande utilité pour le diagnostic. De plus, les symptômes de dépérissement étant seulement en rapport avec la difficulté de l'ingestion des aliments, il en résulte qu'on ne voit pas survenir aussi promptement les signes de cachexie indiqués plus haut. C'est là, au reste, un diagnostic sur lequel nous reviendrons lorsque nous aurons fait l'histoire des rétrécissements de l'œsophage.

Nous ne croyons pas devoir donner un tableau synoptique d'un diagnostic aussi peu compliqué et aussi peu étudié.

*Traitement.* — Ce que nous avons dit de la terminaison constamment fatale de la maladie prouve que le *traitement* ne peut être que palliatif. Cependant, comme ce traitement prolonge l'existence, et peut apporter de grands soulagements au malade, il importe d'en dire un mot.

Le premier moyen qui se présente, c'est de faire pénétrer facilement les boissons et les aliments dans l'estomac et de s'opposer aux progrès du rétrécissement. Pour cela il faut mettre en usage le *cathétérisme de l'œsophage*. Nous indiquerons plus loin comment il faut y procéder; disons seulement qu'on ne doit agir qu'avec de grandes précautions, car les parties étant déformées, on pourrait léser les tissus déjà malades et provoquer une ulcération à marche rapide. Lorsqu'on est parvenu à franchir l'obstacle et à porter la sonde dans l'estomac, on se sert de ce moyen pour injecter des *aliments demi-liquides*, et de plus, en augmentant graduellement le volume des sondes, on agrandit le passage. Pour opérer la *dilatation*, on laisse la sonde à demeure aussi longtemps que le malade peut la supporter. Souvent elle produit une telle gêne, qu'on est obligé de la retirer immédiatement après l'ingestion des liquides alimentaires, et à procéder ensuite de nouveau au cathétérisme. D'autres fois on est obligé de retirer la sonde après une ou plusieurs heures de séjour.

Il ne faut pas se dissimuler que, dans les cas dont il s'agit, ce moyen n'a pas une bien notable efficacité; il ne saurait, en effet, s'opposer à ce que la maladie fasse chaque jour des progrès, et bientôt son usage devient impossible. Aussi plusieurs auteurs se sont-ils élevés avec force contre cette manière de traiter le rétrécissement cancéreux.

Viennent ensuite les médicaments que l'on oppose directement au cancer : l'*ex-*

*trait de ciguë*, la *belladone*, les *antimoniaux*, les *préparations mercurielles*. Ces moyens sont habituellement employés ; mais il n'est pas un seul fait bien constaté qui prouve leur efficacité.

On a encore recommandé les *frictions mercurielles* sur la poitrine, les *cautères*, les *moxas* ; mais ces moyens n'ayant point de valeur démontrée, et les derniers causant au malade des douleurs inutiles, je dois me borner à les indiquer.

Enfin viennent les *boissons mucilagineuses*, les *potions huileuses*, en un mot les substances destinées à lubrifier l'œsophage, et qui sont propres à faciliter le passage des aliments, lorsque la gêne de la déglutition n'est pas encore portée au plus haut degré.

Si l'alimentation par la partie supérieure des voies digestives est impossible, on introduit dans le rectum, à l'aide de *lavements*, des substances nourrissantes, des *bouillons*, des *jaunes d'œufs délayés*, etc. ; mais cette dernière et faible ressource ne tarde pas à être inutile, et le malade succombe dans le marasme.

## ARTICLE IX.

### DÉGÉNÉRESCENCES CARTILAGINEUSES ET OSSEUSES.

Nous ne dirons qu'un mot de ces lésions, dont on trouve des cas remarquables dans la science. Après des symptômes de dysphagie semblables à ceux que nous avons précédemment cités, et qui peuvent durer très longtemps, comme Lieutaud (1) en a rapporté plusieurs exemples, on trouve dans l'œsophage des *anneaux cartilagineux et osseux*, au niveau desquels le conduit peut être rétréci au plus haut degré. Cette lésion, au-dessus des ressources de l'art, ne doit pas nous arrêter plus longtemps.

## ARTICLE X.

### DILATATION DE L'ŒSOPHAGE.

C'est encore là une lésion qui intéresse fort peu le praticien : il suffit d'en dire quelques mots. Les dilatations pathologiques de l'œsophage ont été, comme le dit M. Velpeau (2), rapportées aux trois causes suivantes : 1° à la *hernie de la membrane muqueuse* à travers un éraillement de la musculeuse ; 2° au séjour prolongé de *corps étrangers* lourds et volumineux ; 3° à un obstacle à la déglutition. Cette dernière dilatation n'est qu'une conséquence des autres affections de l'œsophage, et principalement du rétrécissement. Nous en avons déjà parlé. L'existence de la première est mise en doute par les auteurs qui se sont occupés récemment de ce sujet. Quant à la seconde, on en trouve plusieurs exemples rassemblés par M. Mondière (3).

L'accumulation des aliments dans la poche qui résulte de la dilatation ; la tuméfaction du cou qui en est la conséquence, lorsque la lésion occupe la partie supé-

(1) *Hist. anat.-med.*, t. II.
(2) *Dictionnaire de medecine*, t. XXI, art. ŒSOPHAGE.
(3) *Archives générales de medecine*, t. III, 2ᵉ série.

rieure de l'œsophage; le rejet des aliments accumulés, et par suite la disparition de la déformation dans les cas qui viennent d'être mentionnés; la fétidité de l'haleine, occasionnée par l'altération des aliments qui ont séjourné dans la poche œsophagienne : tels sont les signes de cette dilatation, contre laquelle les auteurs ne nous ont pas donné de traitement efficace.

Mais il est temps d'arriver à une affection qui présente des questions plus importantes à examiner : c'est le *rétrécissement de l'œsophage*.

## ARTICLE XI.

### RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE.

Cette affection si grave a été étudiée avec beaucoup plus de soin que les précédentes; mais, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, les auteurs ne se sont point attachés à distinguer nettement les cas dans lesquels le rétrécissement était dû au développement d'un cancer, de ceux où il résultait des autres lésions de l'organe, de telle sorte qu'on trouve dans leurs descriptions une confusion très grande. M. Mondière (1) a rassemblé les principaux exemples de cette affection rapportés par les auteurs; c'est à lui que, dans ces derniers temps, on a emprunté les descriptions de ce rétrécissement; c'est aussi dans son mémoire que nous puiserons en grande partie les détails qui vont suivre.

[Dans ces dernières années, des recherches fort intéressantes ont été faites sur les rétrécissements de l'œsophage et sur leur traitement, par M. Follin (2) et M. Gendron (de Château-du-Loir) (3).

Cette maladie peut être considérée comme étant autant du domaine de la chirurgie que de celui de la médecine proprement dite. On trouvera, relativement à la longueur, à la largeur de l'œsophage et aux différents points de repère qui permettent de juger de la situation exacte de son orifice supérieur et de son orifice inférieur, des détails du plus haut intérêt dans le travail de M. Follin. Suivant cet auteur, l'orifice supérieur correspond environ au niveau du tubercule carotidien de la sixième vertèbre cervicale; mais cette situation varie de la longueur d'une vertèbre, suivant qu'on fait fléchir (il descend) ou étendre la tête (l'orifice remonte). L'orifice inférieur (cardia) correspond à la dixième vertèbre dorsale].

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Presque toutes les lésions qui ont été décrites plus haut ont une grande tendance à produire le rétrécissement de l'œsophage; en outre, les tumeurs qui se forment aux environs de ce conduit peuvent diminuer son calibre au point de rendre très difficile ou même impossible le passage des aliments. Les faits de cette dernière espèce, quoique ne constituant pas, à proprement parler, de véritables rétrécissements, doivent en être rapprochés, car les conséquences en sont les mêmes.

(1) *Archives gén. de méd.*, 1831, t. XXV, p. 358 et suiv.
(2) *Des rétrécissements de l'œsophage*. Paris, 1853.
(3) *Observations pratiques sur la dysphagie, ses variétés et son traitement* (Mémoire dans *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1858).

résulte de tout cela que le rétrécissement de l'œsophage, *sans être une maladie iquente*, s'est présenté assez souvent pour qu'on en possède un nombre consirable d'observations, exposées en grande partie dans les auteurs sous le nom de *sphagie*.

Si nous ne voulions donner le nom de *rétrécissement de l'œsophage* qu'à une ction semblable au rétrécissement de l'urèthre, nous trouverions au contraire e cette affection est fort rare, et ne se montre ordinairement, comme nous l'avons jà fait remarquer, qu'à la suite d'une lésion profonde de l'œsophage occasionnée le séjour d'un corps étranger ou par les caustiques. Mais, dans l'état actuel de science, on ne peut malheureusement pas faire cette distinction d'une manière itive, et quoiqu'il ne faille pas regarder, dans la plupart des cas, le rétrécisment comme une maladie indépendante, il est bon cependant de tracer son histoire art; car, par quelque cause qu'il soit produit, il présente des particularités portantes.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

On ne s'est guère occupé des causes prédisposantes de cette affection. Nous avons plus haut que, d'après le docteur Gaitskeel (1), on avait admis que le rétrément peut être *héréditaire;* mais, dans les cas cités par cet auteur, il s'agis. de rétrécissements cancéreux, et ces faits se rapportent uniquement à l'hérédité cancer. M. Cassan (2) a rapporté un cas intéressant dont il sera question plus 1, et dans lequel on nota que, dès l'enfance, la déglutition était difficile. Faut-il conclure que le rétrécissement peut être *congénital?* Il serait évidemment nésaire d'avoir de nouveaux faits pour se prononcer sur ce point.

L'*abus des liqueurs alcooliques*, des *substances âcres*, comme dans un cas cité Graefe et indiqué par M. Mondière, peut-il être regardé comme une cause disposante? Il semble, au contraire, que, dans ce cas, l'ingestion de liquides tants a pu, à la longue, devenir cause déterminante; et, si les faits de ce genre ient plus nombreux, on devrait admettre l'existence de cette cause, au même e que l'ingestion des liquides âcres ou brûlants.

Ayant trouvé quelquefois les ganglions lymphatiques engorgés autour de l'œsoage, et le comprimant, on en a conclu que la maladie était, dans ce cas, de ture scrofuleuse, et que, par conséquent, le *vice scrofuleux* devait être rangé rmi ses causes prédisposantes. Quelques faits semblent venir à l'appui de cette inion.

#### 2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles signalées par les auteurs sont assez nombreuses. En emière ligne il faut placer la présence de *corps étrangers* qui déterminent une lammation de longue durée dans un point circonscrit de l'œsophage. Plusieurs ts de ce genre ont été cités par M. Mondière. Les principaux sont empruntés à

(1) *London med. Reposit.*, t. X.
(2) *Archives gén. de méd.*, 1826, t. X, p. 79.

Gadelius (1), à Littre (2), à Bagard, etc. Les corps étrangers qui, dans ces cas, occasionnèrent le désordre étaient une *pièce de monnaie*, une *épingle*, une *arête de poisson*, un *os*. Dans ces divers cas, existait-il un rétrécissement simple, ou bien y avait-il un rétrécissement cancéreux? C'est ce qu'il n'est pas toujours possible de déterminer d'après la description des auteurs. Il est même quelquefois difficile de dire si une tumeur cancéreuse ne préexistait pas à l'introduction du corps étranger, et n'en avait pas occasionné l'arrêt dans le point malade, tant l'observation a encore à faire sur ce sujet important!

Dans d'autres circonstances, ce sont des *liquides âcres et caustiques* qui ont déterminé la lésion, cause du rétrécissement. Chez un sujet observé par Bayle, l'affection se produisit après un empoisonnement par l'*acide nitrique*. Nous avons déjà cité le cas de Graefe, dans lequel on constata que le malade avait l'habitude d'avaler le *suc du tabac*. Les *liquides très chauds* ou des *aliments brûlants* paraissent avoir produit le même résultat dans un cas cité par J.-J. Leroux (3).

[M. Fellin (*loc. cit.*) admet trois causes de ce rétrécissement : 1° l'inflammation, 2° spasme, 3° lésions organiques. Parmi les rétrécissements inflammatoires, il cite l'ingestion de liquides caustiques, acides ou alcalis, la teinture d'iode, la déglutition d'un liquide très chaud ou très froid, l'emploi du mercure jusqu'à salivation; quelquefois un rétrécissement a suivi une gangrène partielle spontanée de l'œsophage.]

Everard Home, cité par M. Mondière, a attribué le rétrécissement de l'œsophage à des *vomissements prolongés*; mais ce dernier auteur a parfaitement fait remarquer que, sans doute, l'effet avait été pris pour la cause. Il faut en dire autant du *pyrosis*, du *hoquet*, etc., qui sont des symptômes d'un rétrécissement commençant, dû ordinairement à une cause inconnue. La même réflexion s'applique encore à l'*œsophagisme* regardé comme cause de rétrécissement : il faudrait, pour prouver le fait, qu'on eût pris soin de s'assurer qu'à l'époque où il existait seulement des signes d'œsophagisme, il n'y avait aucun rétrécissement, et c'est ce qu'on n'a pas fait.

L'*ulcération* laisse-t-elle à sa suite un rétrécissement de l'œsophage? Nous avons vu plus haut que les exemples d'ulcération simple sont fort rares, et que, dans les cas où l'on a pu admettre l'existence de cette lésion, on n'a pas été témoin de l'apparition d'un rétrécissement consécutif. Dans les cas de cancer, l'ulcération coïncide sans doute avec un rétrécissement, mais c'est le cancer lui-même qui doit être regardé comme formant l'obstacle.

« Palletta (4) a vu, dit M. Mondière, une femme qui éprouva les premiers symptômes d'un rétrécissement de l'œsophage aussitôt après la *suppression d'une leucorrhée abondante* et la *disparition d'une éruption cutanée* caractérisée par des papules. » N'y avait-il pas tout simplement, dans ce cas, une ulcération vénérienne?

Nous n'en dirons pas davantage sur ces causes, et nous nous contenterons de faire remarquer que les seules qui doivent être admises jusqu'à nouvel ordre sont

(1) *Bibliothèque médicale*, t. XXXIX.
(2) *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1716.
(3) *Cours de médecine pratique*, 1825, t. I.
(4) *Exercitationes pathologicæ*. Milan, 1820, pars II.

la présence du cancer, l'action des caustiques et l'irritation prolongée produite par les corps étrangers. Mais il importe de dire un mot de l'obstacle apporté au passage des aliments par une *tumeur* siégeant en dehors de l'œsophage. Voici, d'après Boyer, quelles sont, dans ces cas, les causes qui produisent la dysphagie : « Elle peut dépendre, dit-il, du *gonflement extraordinaire de la thyroïde*, d'une tumeur formée *entre la trachée et l'œsophage*, ou dans un autre point de la circonférence de celui-ci ; de l'*engorgement et de l'endurcissement du thymus*, d'un *anévrysme de l'aorte ;* du *volume énorme du foie ;* de l'*engorgement des glandes lymphatiques* qui entourent la partie de l'œsophage contenue dans le médiastin, et dont les plus grosses sont situées près de la cinquième vertèbre du dos, vers l'endroit où l'œsophage se porte un peu à droite pour faire place à l'aorte.

» On conçoit aisément, ajoute cet auteur, que la tuméfaction et l'endurcissement de ces glandes, qui sont intimement attachées à l'œsophage, doivent produire sur ce conduit une compression capable de gêner le passage des aliments, et même de l'intercepter entièrement. » Dans tous ces cas, les choses se passent comme dans les cas d'abcès formés en dehors de la paroi œsophagienne ; seulement ici les progrès de la maladie étant lents, le calibre du conduit n'est diminué que peu à peu.

[M. Gendron (de Château-du-Loir), dans le mémoire précédemment cité, et dont nous ne saurions trop recommander la lecture, s'exprime ainsi sur les causes de la dysphagie :

« La dysphagie, ou difficulté d'avaler les aliments, est le plus ordinairement produite par un rétrécissement permanent ou momentané du conduit musculo-membraneux qui s'étend du pharynx à l'estomac.

» Le rétrécissement est lui-même l'effet d'une inflammation aiguë ou chronique, d'une induration, ou seulement d'une rétraction consécutive, d'une affection squirrheuse de ses tissus, d'ulcérations, de brides, de fausses membranes, d'abcès ou de tumeurs occupant ses parois, ou les comprimant par leur voisinage. Un rétrécissement peut survenir sans apparence d'inflammation locale, ou du moins sans qu'aucune douleur ait révélé son existence.

» L'œsophagite aiguë détermine parfois une dysphagie complète ou aphagie, sans qu'il y ait rétrécissement de l'œsophage ; tous les aliments sont rejetés alors par un mouvement antipéristaltique de ce conduit musculeux.

» Enfin une affection purement nerveuse peut empêcher la déglutition, c'est ce que le docteur Mondière a désigné sous le nom d'*œsophagisme.* »]

### § III. — Symptômes.

Quelle que soit la cause qui a produit la diminution du calibre de l'œsophage, les symptômes qui en résultent sont à peu près les mêmes. Cependant, suivant M. Mondière, lorsque les rétrécissements de l'œsophage succèdent à l'inflammation aiguë de ce conduit, on observe, d'abord réunis en plus ou moins grand nombre, les signes de l'œsophagite : mais il faut dire que les cas de ce genre sont au moins très rares.

Dans les cas ordinaires, le premier symptôme qui se manifeste est une *gêne plutôt qu'une douleur, dans un point fixe* de l'œsophage, avec *tension* ou *plénitude*, augmentant principalement après l'ingestion des aliments. Plus tard, la *difficulté de*

*la déglutition* se fait sentir lors du passage des aliments solides d'abord, et puis des liquides.

M. Mondière a emprunté à Howship un cas dans lequel le premier symptôme qui apparut fut une *violente douleur* entre les épaules, le long de la colonne vertébrale, douleur qui augmenta bientôt à un tel degré, qu'il semblait au malade qu'on lui traversait cette partie avec un fer rouge.

On a observé, et M. Mondière insiste sur ce point, qu'assez fréquemment la gêne primitive se fait sentir, non dans le point occupé par la maladie, mais bien *dans le pharynx lui-même.* Ce phénomène a été regardé comme un effet sympathique.

Lorsque la maladie est arrivée à une époque plus avancée, les symptômes deviennent plus remarquables, et voici ce qui se passe d'après M. Mondière : « Si le rétrécissement occupe la partie supérieure de l'œsophage, les *aliments sont rejetés presque immédiatement* avec une grande quantité de salive et de mucosités. Si, au contraire, l'obstacle est situé dans un point rapproché du cardia, ils s'accumulent, distendent l'œsophage en forme de poche, et ne sont rejetés par un mouvement de régurgitation que *une ou deux heures et quelquefois trois heures après*, quand l'affection existe depuis longtemps, et que par conséquent la dilatation est considérable.

» Tantôt, ajoute M. Mondière, cette régurgitation se fait sans beaucoup d'efforts et sans beaucoup de douleur; tantôt il y a des efforts très violents qui peuvent aller jusqu'à faire craindre la suffocation : la malade dont Littre nous a transmis l'histoire était dans ce cas. Cependant les matières ingérées ne sont pas constamment rejetées en totalité; souvent il en reste une certaine quantité dans la partie de l'œsophage qui est dilatée, et, quelque temps après leur ingestion, elle pénètre dans l'estomac. Le malade observé par M. Cassan avait la conscience de cette descente des aliments, qui, disait-il, semblaient passer par une filière. »

[« Quelle que soit, dit M. Gendron (*loc. cit.*), la cause d'un rétrécissement de l'œsophage, il est annoncé par de grands efforts de déglutition, une certaine gêne à avaler la salive; celle-ci, pendant le sommeil, semble s'accumuler sur l'obstacle; et, au réveil, les malades crachent abondamment et vomissent même des matières très liquides. Les aliments solides sont bientôt rejetés et n'arrivent plus à l'estomac; puis, les bouillies, les panades, et enfin les liquides, après avoir franchi le pharynx, reviennent promptement par la bouche et les narines; parfois les aliments séjournent quelques instants au-dessus de l'obstacle, dilatent l'œsophage, et lui façonnent une espèce de jabot dans lequel ils subissent une digestion incomplète. Puis des efforts de digestion en font deux parts : l'une est rejetée, l'autre pénètre dans l'estomac; ce qui explique comment la vie se soutient si longtemps, malgré le dépérissement progressif des malades. Quelques-uns sont tourmentés par le hoquet et de pénibles éructations; celles-ci accompagnées parfois d'accès de suffocation.

» Plusieurs de ceux que nous avons traités étaient atteints à la fois d'œsophagite et de laryngite aiguës : une toux convulsive précédait ou accompagnait le vomissement; la voix était altérée, des mucosités semblaient obstruer le larynx et occasionnaient un râle muqueux permanent. »]

Dans quelques cas, et notamment dans celui que nous venons de mentionner, on

a constaté, au moment du passage des boissons dans le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage, un *gargouillement* marqué. Taranget, cité par M. Mondière, a, chez un malade, observé ce qui suit : « La boisson, dit-il, péniblement avalée, formait dans l'œsophage un bruit sourd et trois fois répété, espèce de roulement qui attestait combien le passage était difficile. » N'est-il pas nécessaire, pour que cet effet soit produit, que la partie supérieure du conduit soit dilatée, et qu'il s'introduise une certaine quantité d'air dans le pharynx?

Les symptômes que nous venons d'indiquer se rapportent tous à l'ingestion des aliments et des boissons; mais il en est d'autres qui existent dans les intervalles, et qu'il importe de signaler : c'est une *gêne permanente* dans le point occupé par la maladie, et quelquefois une *douleur continue* ou *intermittente* s'étendant, dans certaines circonstances, le long de la gorge jusqu'à la base du crâne, et par la trompe d'Eustachi jusqu'à l'oreille, mais partant plus souvent de l'appendice xiphoïde pour s'irradier le long de la colonne vertébrale. M. Mondière a constaté l'existence de ce symptôme dans les observations empruntées à Everard Home, Larcard, Gaitskeel et Vater.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent ces *symptômes locaux* sont : le *découragement*, le *dépérissement*, le *marasme*. Malheureusement on n'a point cherché à faire, dans les recherches qu'on a entreprises à ce sujet, la part de la cachexie cancéreuse et des accidents produits par le rétrécissement lui-même.

Si l'on a lu avec quelque attention la description que nous venons de présenter, on se sera convaincu que les symptômes ne diffèrent pas d'une manière sensible de ceux que nous avons assignés plus haut au *cancer de l'œsophage ;* cela tient à ce que l'histoire du rétrécissement a été presque toujours tracée d'après des cas de cancer, et qu'on ne s'est point assez efforcé d'arriver à la connaissance du rétrécissement simple.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous ne reviendrons pas en détail sur ce que nous avons dit de la *marche* de la maladie à l'occasion du cancer de l'œsophage. Nous nous contenterons de présenter ici une remarque qui a été faite par M. Mondière, et qui ne manque pas d'importance. Il s'agit d'une marche particulière de la maladie qui s'observe dans quelques cas. Nous ne saurions mieux faire que de citer textuellement le passage où il en est question :

« On pourrait croire, dit-il, que puisque, dans les rétrécissements de l'œsophage, l'obstacle à la déglutition est permanent, les accidents qu'ils déterminent devraient aussi ne présenter aucune rémission; cependant il n'en est rien, comme le prouvent les observations suivantes, sans qu'on puisse se rendre compte d'une manière satisfaisante de cette particularité. M. Heineken (de Bremen) a donné des soins à un malade qui, après avoir éprouvé des affections morales tristes et permanentes, commença à ressentir un obstacle dans la déglutition; quelque chose lui semblait empêcher les aliments de descendre dans l'estomac; ils étaient rejetés mélangés de mucus. Il se passait des jours entiers sans qu'il ressentît la moindre gêne; d'autres fois, pendant des journées entières, ce n'était qu'à l'aide de beaucoup de liquide qu'il parvenait à avaler une très petite quantité d'aliments solides. A ces sym-

ptômes se joignit un sentiment désagréable de pression vers le milieu du sternum, sensation qui devenait plus marquée pendant la déglutition. Après des variations nombreuses dans la marche et l'intensité de la maladie, celle-ci s'aggrava tout à coup, et le malade succomba après avoir vomi le sang pendant vingt-quatre heures. L'autopsie fit découvrir une altération profonde de l'œsophage dans son tiers inférieur.

» Cette même rémission s'observa chez un homme dont parle J.-J. Leroux, et même à un degré assez marqué pour que le malade ait pu, à plusieurs reprises, quitter l'hôpital, se croyant complétement guéri. Ces dernières observations, réunies à celles que nous avons déjà rapportées, suffisent pour faire voir que le diagnostic du rétrécissement de l'œsophage n'est pas toujours aussi facile à établir qu'on pourrait le croire au premier abord. On a souvent, en effet, regardé comme tenant à une lésion organique de l'œsophage des dysphagies qui dépendaient de toute autre cause, et en particulier de l'œsophagisme. »

[M. Gendron est arrivé à guérir complétement, par une dilatation graduée, plusieurs de ces affections qui avaient été la conséquence d'œsophagites aiguës, précédées d'angines couenneuses. Ce médecin a traité également avec succès d'autres malades chez lesquels le rétrécissement, inflammatoire ou non, était, nous pensons, compliqué du développement de brides ou de replis valvulaires, en saillie à l'intérieur de l'œsophage, et faisant obstacle au passage des aliments.]

La *durée* de l'affection est indéterminée : pour l'établir d'une manière utile, il faudrait distinguer les cas qui appartiennent au cancer de ceux qui sont dus à une autre cause, et nous avons vu qu'on ne l'a pas encore fait. Quant à la *terminaison*, nous devons dire qu'on a cité à peine quelques cas de guérison ; nous les rappellerons, et nous discuterons leur valeur à l'occasion du traitement. La terminaison fatale est produite et par le défaut d'alimentation, et par les ravages qui résultent des progrès de la lésion organique, ou bien par la rupture, la perforation de l'œsophage, etc.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* qui appartiennent à cette affection sont nécessairement très variées : tantôt on a trouvé des cicatrices en forme de brides, et c'est principalement dans le cas où la maladie a été causée par l'action des caustiques ; tantôt on a constaté la présence des lésions variées appartenant au cancer, et que nous avons indiquées plus haut ; tantôt enfin on a vu que l'obstacle au passage des aliments était occasionné par la dégénérescence osseuse et cartilagineuse, ou par la présence de tumeurs diverses aux environs de l'œsophage. Nous ne croyons pas qu'il soit utile d'insister sur ces détails.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* du rétrécissement de l'œsophage se tire des symptômes locaux précédemment énumérés. Il est quelques affections qui peuvent le simuler : mais, à ce sujet, nous nous bornerons à rappeler ce qui a été dit plus haut de l'*œsophagisme*, et nous distinguerons le rétrécissement de la *paralysie* dans l'article consacré à cette dernière maladie.

Mais il est une autre question qu'il est important de se faire : Le rétrécissement st-il simple, est-il dû à un *simple épaississement des parois*, à une *cicatrice rncée ou en forme de bride?* ou bien est-ce un *rétrécissement cancéreux?* ou ien encore l'obstacle est-il produit par une *tumeur voisine?* On éprouve un and embarras quand il s'agit de résoudre ce problème; les recherches n'ont int, en effet, été convenablement dirigées pour arriver à une semblable solution.

Et d'abord nous dirons que le diagnostic du *rétrécissement simple* et du *ré-cissement cancéreux* n'a été établi nulle part, et que, selon toutes les appa-ces, il ne peut pas l'être actuellement, puisqu'on n'a pas suffisamment distin-é les cas. On peut plus facilement arriver à la connaissance du rétrécissement duit par une tumeur qui comprime l'œsophage; et, à ce sujet, nous croyons roir citer le passage suivant, emprunté encore à M. Mondière :

« Quant à la dysphagie produite par l'*engorgement des glandes lymphatiques sines*, nous pouvons donner comme signes propres à la caractériser, qu'elle se ntre principalement dans l'enfance ou dans l'adolescence, et que, le plus ordi-irement, les glandes sous-maxillaires et celles qui se trouvent situées le plus perficiellement le long du cou participent à l'engorgement de celles sur lesquelles sale a le premier fixé l'attention des anatomistes. Ajoutons que cette espèce de sphagie est peu fréquente, que l'endroit où se trouvent en plus grand nombre s ganglions lymphatiques correspond à la quatrième ou à la cinquième vertèbre rsale, et qu'il est rare, comme nous aurons occasion de le faire remarquer, que s rétrécissements organiques de l'œsophage aient leur siége en cet endroit; pres-ie toujours, en effet, ils occupent la partie inférieure et surtout supérieure de ce nduit.

» Il est encore beaucoup d'autres maladies, comme la *luxation des cornes de s hyoïde*, un *engorgement considérable de la glande thyroïde*, des *lésions or-iniques de la trachée-artère ou du poumon*, etc., qui peuvent occasionner la *ysphagie;* mais la plupart de ces maladies s'annoncent par des symptômes parti-iliers, le plus ordinairement si tranchés et si caractéristiques, qu'il est très diffi-le, pour ne pas dire impossible, de confondre la dysphagie à laquelle elles don-ent lieu avec celle qui résulte d'un rétrécissement organique de l'œsophage.

» Pour ce que disent la plupart des auteurs, même modernes, qui ont écrit sur s rétrécissements de l'œsophage, qu'on les a souvent confondus avec la dysphagie roduite par la compression exercée par un *anévrysme de l'aorte*, nous ferons oserver qu'indépendamment des symptômes ordinaires aux dilatations de ce vais-eau principal qui ne permettent guère de les méconnaître, il est une chose remar-uable et dont il est difficile de se rendre compte, c'est que presque toujours (dans ix cas au moins sur douze, où l'on a vu les anévrysmes de l'aorte s'ouvrir dans œsophage) la déglutition n'a été nullement gênée. Ainsi M. Laennec (de Nantes) nvoya en 1822, à l'Académie de médecine (1), la pièce anatomique d'un ané-rysme de l'aorte avec perforation de la trachée-artère et de l'œsophage, et le ma-de, qui, pendant longtemps avait craché et vomi du sang, n'éprouva jamais e trouble dans la respiration ni dans la déglutition. Il en fut de même

(1) *Revue médicale*, t. VIII, p. 47.

chez les malades observés par MM. Henry (1), Bertin et Bouillaud (2), Bertin (3), Ouvrard (4), Raikem (5), Laennec (6), Fizeau (7), Fauconneau-Dufresne (8), Sauvages (9), etc. Chez tous les malades dont ces auteurs nous ont transmis les observations, l'aorte, plus ou moins dilatée, s'ouvrit dans l'œsophage, et jamais cependant ils ne se plaignirent de gêne dans la déglutition. Nous rapportons le fait sans chercher à en donner une explication.

» Nous ne saurions terminer ce qui a rapport au diagnostic sans rappeler tout l'avantage que l'on peut retirer de l'emploi des sondes, considérées comme moyen explorateur, soit seulement pour reconnaître le siége des rétrécissements, soit encore pour s'assurer du degré auquel ils sont parvenus. Dans le premier cas, on peut employer la sonde dont Dupuytren se servait pour reconnaître la présence des corps étrangers : c'est une tige d'argent flexible, et cependant assez résistante, longue de dix-huit à vingt pouces, terminée à une de ses extrémités par un anneau et à l'autre par une boule. Pour atteindre le second but, on a recours à une sonde exploratrice, dont Ducamp (10) nous donne la description. »

*Pronostic.* — Puisque le rétrécissement de l'œsophage est le plus souvent dû à une maladie organique incurable, il est presque inutile de dire que le pronostic est très grave. Cependant on a cité quelques cas de guérison par divers procédés; il en sera question à l'article du *traitement.* Ces cas de guérison sont relatifs à des rétrécissements simples ou occasionnés par une tumeur voisine de l'œsophage; car, lorsque l'existence du cancer est constatée, on peut espérer de retarder par divers moyens la terminaison fatale, mais non d'amener une guérison complète.

## § VII. — Traitement.

Le *traitement* du rétrécissement de l'œsophage est presque entièrement chirurgical : il consiste dans la *dilatation*, dans la *cautérisation*, dans les *scarifications* de l'œsophage, et, en désespoir de cause, dans l'*œsophagotomie* et la *gastrotomie.* M. Velpeau (article cité) a exposé avec soin ces divers moyens de traitement, qu'il a décrits principalement d'après l'article de M. Mondière. C'est en partie à ces deux auteurs que nous emprunterons les détails qui vont suivre.

1° *Dilatation.* — La dilatation de l'œsophage est le moyen le plus anciennement employé. On fait remonter à Mauchart (11) l'emploi de ce procédé. Dans ces derniers temps, Dupuytren et Boyer l'ont mis en usage comme palliatif, et M. Mondière a emprunté à divers auteurs des observations dans lesquelles on est parvenu, par la dilatation, à obtenir un succès complet.

(1) *Ephém.*, t. VI, p. 219.
(2) *Traité des maladies du cœur.* Paris, 1824, p. 110.
(3) *Bulletins de la Société méd. d'émul.*, 1812, p. 14.
(4) *Dissert. inaug.* Paris, 1811, n° 53, p. 25.
(5) *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, 1812.
(6) *Traité de l'auscultation médiate.*
(7) *Bibliothèque médicale*, t. LIII, p. 68.
(8) *Thèse*, 1824, n° 220, p. 25.
(9) *Nosol. méthod.*, t. VIII, p. 81, 1re édit.
(10) *Traité des rétentions d'urine.* Paris, 1819, p. 149.
(11) *De struma œsophagi*, etc. Tubingue, 1742.

On sent combien il serait nécessaire de pouvoir distinguer, sous le rapport du traitement dont il s'agit, le rétrécissement simple du rétrécissement cancéreux. Malheureusement on n'a point encore, nous le répétons, établi cette distinction d'une manière positive. Toutefois cette confusion n'a d'inconvénients réels que quand il s'agit de déterminer la valeur du traitement; car l'introduction des sondes étant mise en usage dans tous les cas, pour faire pénétrer les aliments dans l'estomac, le traitement lui-même n'est pas sensiblement modifié suivant les circonstances. Seulement on conçoit que, dans les cas où l'on soupçonnerait l'existence d'une lésion organique grave et avancée, on devrait agir avec beaucoup plus de précaution dans l'emploi des sondes, car on pourrait occasionner des désordres qui accéléreraient considérablement la marche de la maladie.

## DILATATION PAR LES SONDES.

Voici, d'après Boyer, comment on procède à l'introduction de la sonde :

« Si le rétrécissement est très considérable, il faut se servir d'une sonde ordinaire, et quelquefois même d'une sonde de très petit calibre. Dans ce dernier cas, celle-ci doit être garnie d'un stylet de fer, pour surmonter la résistance qui s'oppose à son introduction. Dans le cas, au contraire, où le rétrécissement n'est pas porté au plus haut degré, on se sert de la sonde œsophagienne. L'instrument peut être introduit par la bouche ou par les fosses nasales : de ces deux voies la première est plus courte, plus directe, et mérite la préférence, lorsqu'il n'est pas nécessaire de laisser la sonde à demeure ; mais lorsque, pour prévenir les inconvénients qui résultent de l'introduction répétée de l'instrument, on se décide à le laisser en place, il vaut mieux le passer par les fosses nasales.

» Lorsqu'on porte la sonde *par la bouche*, le procédé opératoire est fort simple : le malade étant assis, et la tête un peu renversée en arrière, le chirurgien abaisse la langue avec le doigt indicateur de la main gauche, appliqué sur la face supérieure de cet organe le plus près possible de sa base, et porte la sonde, enduite d'un mucilage et tenue de la main droite comme une plume à écrire, le long du bord radial de ce doigt, en la dirigeant un peu à gauche jusqu'à la paroi postérieure du pharynx : la sonde est d'abord arrêtée contre cette paroi ; mais, quand on continue de la pousser, elle se courbe et descend ainsi dans l'œsophage aussi bas qu'on le juge nécessaire.

» L'introduction *par les fosses nasales* est beaucoup plus difficile, plus douloureuse et quelquefois impossible. La sonde, conduite sur le plancher des fosses nasales, dont la direction est horizontale, rencontre à angle droit la paroi postérieure du pharynx, sur laquelle elle a de la peine à se courber pour descendre dans l'œsophage, et les efforts qu'on fait pour la faire pénétrer plus avant ne laissent pas que d'être douloureux. La difficulté serait beaucoup plus grande, et peut-être même insurmontable, si le cas exigeait que la sonde fût garnie d'un stylet de fer, pour la rendre propre à surmonter l'obstacle qui s'oppose à la déglutition. »

Si ce dernier cas se présentait, il faudrait imiter la conduite de Boyer, qu'il a exposée lui-même dans une observation intéressante, où il s'agit d'une malade qui était entièrement privée d'aliments depuis sept jours, par suite de l'impossibilité

de la déglutition. Voici comment procéda Boyer (1), auquel nous empruntons le passage suivant :

« L'indication la plus pressante était de nourrir la malade. Je me décidai sur-le-champ à introduire par la bouche, dans le pharynx et l'œsophage une sonde de gomme élastique sans stylet. La sonde pénétra aisément jusqu'au commencement de l'œsophage ; mais elle fut arrêtée dans cet endroit par un obstacle insurmontable. Je substituai à cette sonde une algalie d'argent, laquelle pénétra après une forte résistance. De l'eau tiède fut injectée avec précaution au moyen d'une seringue. La sensation agréable qu'éprouva la malade fit connaître que l'eau était parvenue dans l'estomac. J'injectai tout de suite une assez grande quantité de bon bouillon; après quoi la sonde d'argent, dont la présence dans la bouche était très incommode, et qu'il était très difficile de fixer, fut retirée. Il était impossible de songer à répéter plusieurs fois le jour son introduction dans l'œsophage rétréci : je pensai qu'il fallait porter par la bouche, dans l'œsophage, une sonde de gomme élastique garnie de son stylet, et après avoir retiré celui-ci, ramener l'extrémité de la sonde dans les fosses nasales.

» Voici comment je parvins à exécuter ce projet : La malade étant assise sur une chaise, la tête inclinée en arrière, je portai dans la narine gauche la sonde de Belloc ; le ressort étant parvenu dans la bouche, un fil ciré, en plusieurs doubles, fut attaché sur le bouton qui le termine. Le ressort fut ramené dans la sonde : celle-ci, retirée de la fosse nasale, entraîna le fil au dehors. Les deux bouts de ce fil, l'un sortant par la bouche et l'autre par la narine, furent retenus sur la joue par un aide. J'abaissai alors la base de la langue avec le doigt indicateur de la main gauche, et je portai dans le pharynx une sonde de gomme élastique de grosseur moyenne, garnie de son stylet, et percée sur le côté à l'extrémité qui devait se trouver en haut. Cette sonde, dirigée un peu à gauche et poussée avec force, franchit le rétrécissement de l'œsophage. Le stylet fut retiré. Le bout de fil qui sortait par la bouche fut engagé dans l'ouverture latérale de la sonde, et fixée à son extrémité supérieure. J'enfonçai la sonde dans l'œsophage, jusqu'à ce que son bout supérieur eût dépassé l'isthme du gosier : saisissant alors le fil qui pendait hors de la narine, je le tirai doucement, et avec lui l'extrémité de la sonde, qui fut placée de manière à dépasser de quelques lignes la narine ; elle fut assujettie au moyen d'un fil en plusieurs doubles avec lequel je fis des circulaires autour de la tête. A l'aide de cette sonde, on injecta dans l'estomac des aliments liquides, toutes les fois que la malade le désira.

» Pendant les cinq premiers jours, la sonde causa un peu d'irritation ; le sixième, la malade cracha une matière puriforme. Ce crachement augmenta les jours suivants, et, le dixième, la sonde commençant à vaciller, la déglutition naturelle d'une petite quantité de fluide put se faire. Le quatorzième, la malade ôta la sonde et avala facilement des liquides ; mais, six jours après, la déglutition était absolument impossible. J'introduisis alors une sonde plus grosse que la première : elle servit à porter des aliments dans l'estomac, mais elle fut sans effet pour la dilatation de l'œsophage. La malade, forcée de la porter continuellement pendant cinq mois, la sentit toujours également pressée. Cette constriction opiniâtre pouvant être le ré-

(1) *Loc. cit.*, p. 180.

sultat d'une irritation nerveuse, on prescrivit des bains tièdes qui ne produisirent aucun effet. Privée d'aliments solides, et tourmentée presque continuellement par la faim, malgré la grande quantité de liquides nourrissants injectés dans l'estomac, la malade s'affaiblit par degrés, et mourut trois ans environ après le commencement de sa maladie. L'autopsie ne fut point faite. »

Lorsqu'on a été obligé d'introduire des sondes d'un très petit calibre, il faut les laisser à demeure, puis les examiner tous les jours, et les remplacer par un numéro supérieur dès qu'elles commencent à vaciller. M. Velpeau nous a fait connaître un moyen employé par M. Fletcher (1) : « Ce chirurgien, dit M. Velpeau, a fait usage d'un instrument de métal recourbé, et d'un si petit volume, qu'il n'a jamais trouvé, ni pendant la vie, ni sur le cadavre, de rétrécissement assez considérable pour ne pas lui livrer facilement passage. Lorsqu'il est fermé, il représente une tige terminée à une extrémité par une boule d'acier. En faisant exécuter à la tige un mouvement de rotation, cette boule remonte au milieu d'elle, et selon son degré d'élévation, augmente plus ou moins le diamètre du dilatateur.

» C'est encore à l'expérience, ajoute M. Velpeau, qu'il est réservé de nous éclairer sur la valeur de ce dilatateur, qui a cela de désavantageux, que, dans les rétrécissements circulaires, il ne pourrait agir que sur trois points de la circonférence. »

Le docteur Arnott, également cité par M. Velpeau, a proposé un moyen de dilatation qui lui a réussi dans les rétrécissements du rectum, mais qui n'a jamais été mis en usage pour le conduit œsophagien. Ce moyen, dit M. Velpeau, consiste en un tube fait d'un tissu de soie, fort, serré, élastique, et imperméable à l'air et à l'eau. On l'introduit vide à travers le rétrécissement, on le remplit ensuite à un degré convenable pour la compression qu'on veut exercer, et on le vide pour le retirer.

Il est assez difficile de se prononcer sur la valeur de ces divers moyens de dilatation. Disons cependant que les cas les plus nombreux de succès parmi ceux qui ont été signalés par M. Mondière, auxquels il faut joindre le fait cité par le docteur Earle (2), ont été obtenus à l'aide de la dilatation par les sondes ordinaires.

Dans ces derniers temps, M. Bretonneau, et surtout M. Gendron (3), ont mis en usage un cathétérisme particulier. Voici comment M. Trousseau l'a employé; on verra, par les détails suivants, comment il faut procéder.

*Dilatation par l'éponge.* — « M. Trousseau (4) se servit d'une baleine de parapluie, taillée et préparée pour cet usage. A cet effet, on prend une baleine assez forte pour ne pas plier, afin qu'elle puisse vaincre la résistance du rétrécissement; on arrondit ses extrémités, en laissant un ventre au milieu; on les chauffe à la flamme d'une bougie : elles se ramollissent, et, en les appuyant contre un corps dur, on forme deux petites têtes de clou. Cela fait, on choisit une éponge fine, et surtout bien sèche, que l'on taille avec des ciseaux; on pratique un trou dans cette éponge; on enduit l'extrémité de la baleine de bonne cire à cacheter, et on l'enfonce dans le trou que l'on a fait à l'éponge, jusqu'à un centimètre de sa surface. L'in-

(1) *Med.-chir. notes and illustr.* London, 1831.
(2) *The Lancet*, novembre 1825.
(3) *Archives gén. de méd.*, 3e série, t. XIV, p. 148.
(4) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er juillet 1848; extrait de la *Gazette des hôpitaux*, 15 janvier 1848.

strument est terminé, l'éponge est sûrement fixée, lorsque la cire est sèche; et, par précaution, on peut la fixer encore par un bout de fil à l'extrémité de la baleine. Cet instrument est bien préférable à la sonde œsophagienne : celle-ci ne varie pas dans son calibre; elle est flexible et a un volume énorme. Quant à la manière de se servir de la baleine préparée, voici comment on procède : On met d'abord une petite éponge qui, étant pressée, diminue jusqu'au double de l'extrémité de la baleine; on la mouille dans la glaire d'œuf, mucus normal de l'oviducte de la poule et des muqueuses de l'homme, et abaissant la langue avec l'indicateur gauche, on la pousse, derrière ce doigt, dans l'œsophage. Les rétrécissements de l'œsophage sont toujours voisins de la bouche, de sorte que, sur dix rétrécissements, neuf sont à environ un pouce au-dessous du larynx. Vous enfoncez lentement la baleine; il ne faut pas enfoncer brusquement, de crainte de déchirer les parties, bien qu'il soit difficile de faire fausse route. Arrivé sur le rétrécissement, vous tâtez la résistance; cela fait, vous vissez l'éponge dans le rétrécissement. A mesure que vous tournez, l'éponge s'engage, et vous vous trouvez tout à coup dans un espace vide. Une fois que le rétrécissement est franchi, vous êtes frappé de la difficulté que vous éprouvez à retirer l'éponge, difficulté qui tient à ce que l'on trouve le rétrécissement, si l'on revient en arrière, et à ce que l'œsophage se contracte convulsivement. Il faut, pour retirer l'instrument, visser en sens contraire. L'opération dure de trente à trente-cinq secondes. On attend le lendemain pour y revenir. On pratique ainsi le cathétérisme pendant treize jours. On ne fait pas autre chose, et, avec cette médication si simple, on voit des rétrécissements de l'œsophage se modifier si vite, que, au bout de quinze jours, les personnes commencent à manger du poisson, des viandes blanches; en un mot, des choses bien mâchées, il est vrai, mais formant encore un certain volume. On fait l'opération d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, deux fois par semaine, enfin tous les quinze jours. Chez la femme que M. Trousseau a soignée, il y a trois ans, la sonde était introduite tous les quinze jours. C'est d'ailleurs une opération si simple, qu'on peut habituer les parents à la pratiquer. Il a depuis lors traité, à l'hôpital Necker, une jeune fille qui a guéri; puis une dame d'Orléans, qui, arrivée au dernier degré du marasme, parce qu'on considérait son rétrécissement comme organique, a rapidement guéri, et est redevenue grasse et bien portante. MM. Gendron et Bretonneau ont chacun sept à huit faits de guérison; seulement M. Gendron a imaginé de *cautériser en enduisant l'éponge de nitrate d'argent* entouré d'une couche de gomme qui se ramollit dans le rétrécissement, ou simplement avec un mélange de beurre et d'alun. M. Trousseau n'en est pas encore arrivé là, mais il en conçoit la possibilité. »

Dans quelques cas, le cathétérisme de l'œsophage, tel qu'il vient d'être décrit, a de véritables inconvénients, que le praticien doit connaître. C'est ainsi que, chez une femme de cinquante ans (1), qui jouissait d'une bonne santé générale, et dont la dysphagie n'était pas extrême, l'introduction de l'éponge fut bientôt suivie de la sécrétion d'une sanie fétide, de l'augmentation de la dysphagie, puis du dépérissement et de la mort.

Nous avons, jusqu'à présent, indiqué les bons effets de la dilatation. Faisons maintenant connaître les précautions à prendre pour éviter certains accidents, et

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, décembre 1846.

indiquons ces accidents eux-mêmes. M. Velpeau, dans son article, a eu soin d'insister sur ce point important :

« Dans quelques cas, dit-il, l'irritabilité et l'inflammation de l'œsophage sont tellement grandes, que la présence des sondes ne peut être supportée sans qu'auparavant on ait diminué ces symptômes par les *sangsues* et les *narcotiques;* quelquefois même on est obligé de renoncer entièrement à ce moyen, soit par suite de l'irritation qui se développe, soit par suite des vomissements qui surviennent.

» Quant aux accidents qui peuvent résulter de l'introduction des bougies, outre l'irritation plus ou moins vive que leur présence peut déterminer, on doit aussi se tenir en garde contre l'introduction dans les voies aériennes. Souvent on n'est averti de cette méprise que lorsqu'on vient à injecter un liquide qu'on veut faire pénétrer dans l'estomac : ainsi, chez un malade dont parle M. Larrey (1), la présence de la sonde dans le larynx ne l'incommodait pas plus que si elle eût été introduite dans l'œsophage, et l'on n'était averti de la méprise que parce qu'à la chute des premières gouttes de liquide, le malade repoussait la main du chirurgien, et était saisi le plus souvent d'une toux suffocante. On a proposé, pour voir dans quel conduit la sonde est engagée, de placer devant son ouverture une bougie enflammée; mais ce moyen n'est point infaillible, car M. Worbe (2) a vu la flamme d'une bougie être agitée, quoique la sonde eût pénétré dans l'œsophage. Ce médecin pense que le signe à l'aide duquel on peut le plus souvent reconnaître cette méprise, c'est l'impossibilité d'introduire la sonde aussi profondément quand elle a pénétré dans la trachée-artère que quand elle est dans l'œsophage. Du reste, il sera bon de n'injecter d'abord que quelques gouttes de liquide; c'est le moyen d'éviter que la méprise soit fatale au malade.

» Un des inconvénients les plus redoutables de la présence des sondes dans l'œsophage, et sur lequel nous avons insisté ailleurs (3), consiste en ce que, soit par son bec, soit par la convexité qu'on l'a forcée de prendre, la sonde exerce nécessairement une pression plus grande sur quelques points de la paroi postérieure du tube œsophagien, pression qui peut à la longue déterminer une ulcération. »

2° *Cautérisation.*—L'emploi de la cautérisation dans les rétrécissements de l'œsophage a soulevé de nombreuses discussions. Il n'est pas douteux que le défaut de distinction entre les faits de diverse nature sur lesquels on a expérimenté n'aient beaucoup contribué à rendre difficile la solution des questions qui se rattachent à ce point important de thérapeutique. C'est principalement par des raisonnements que l'on a combattu l'emploi du moyen dont il s'agit; mais M. Mondière a cité un nombre assez considérable de faits dont les principaux ont été empruntés à Everard Home et au docteur Andrew, et qui prouvent jusqu'à l'évidence que, dans quelques cas, ce moyen peut avoir un plein succès. Sans doute on conçoit que, dans certaines circonstances, le caustique puisse avoir des inconvénients ; mais c'est au médecin à ne pas employer cette méthode, lorsque les signes évidents d'une ulcération cancéreuse, par exemple, contre-indiquent son application, et s'il est vrai qu'on est exposé à pratiquer la cautérisation lorsqu'une tumeur de l'œsophage cause seule

(1) *Mémoires de chirurgie militaire*, 1re série, t. II, p. 147.
(2) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. I, p. 221.
(3) *Traité de médecine opératoire*. Paris, 1839, t. III, p. 688.

l'obstacle à la déglutition, c'est à l'observation attentive à poser le diagnostic précis en pareil cas.

Ce serait trop sortir de notre sujet que d'exposer ici en détail la manière dont doit être pratiquée la cautérisation. Nous nous bornerons à dire que la cautérisation par les *caustiques liquides*, que Palletta a pratiquée à l'aide d'une tige de baleine terminée par une éponge, doit être rejetée, car on ne saurait en limiter l'action : c'est à l'aide du nitrate d'argent qu'elle doit être pratiquée.

Everard Home, et les médecins anglais qui, après lui, ont mis ce moyen en usage, se servaient d'une *bougie enduite de cire et armée à son extrémité d'un morceau de nitrate d'argent.* Les perfectionnements apportés aux instruments destinés à pratiquer la cautérisation des rétrécissements de l'urèthre ne doivent pas être perdus pour la cautérisation des rétrécissements de l'œsophage. Ainsi le *porte-empreinte* de Ducamp, pour reconnaître la position et la forme du rétrécissement, les *porte-caustique* de MM. Lallemand et Amussat, seront mis en usage d'autant plus aisément, que l'arcade dentaire présente, ainsi que l'a fait remarquer M. Mondière, un point fixe qui permet de reconnaître la profondeur à laquelle on a pénétré dans le conduit alimentaire. Nous renvoyons, pour la description de ces instruments et la manière de les employer, aux auteurs qui se sont spécialement occupés des maladies de l'urèthre.

Nous ajoutons seulement ici qu'il faut être prévenu qu'après la cautérisation, les accidents peuvent augmenter momentanément, et que les *antiphlogistiques*, les *adoucissants*, les *liquides huileux* et *mucilagineux*, les *bains*, doivent être employés pour calmer cette irritation passagère.

La cautérisation doit être renouvelée d'abord tous les trois ou quatre jours, puis à des intervalles plus éloignés ; néanmoins ce précepte n'a rien de rigoureux, et c'est au médecin à juger, d'après le cas, si ce moyen doit être répété à des intervalles rapprochés ou éloignés.

[ M. Gendron indique ainsi qu'il suit la méthode employée par lui et dont il a plus d'une fois éprouvé les bons effets :

« Lorsqu'après un assez grand nombre d'épreuves, le cathétérisme et la déglutition éprouvent les mêmes difficultés, lorsque la filière est peu étendue ou que le cathéter rencontre constamment un point d'arrêt au delà duquel ses mouvements sont libres, et qu'aucun signe d'ailleurs n'indique une affection organique, la cautérisation devra être employée pour niveler les points en relief ou modifier l'état des parois affectées. L'obstacle est-il rapproché de l'origine de l'œsophage, on peut introduire promptement le crayon de nitrate d'argent scellé en saillie, au moyen de cire à cacheter, à l'extrémité d'une sonde ou canule de gomme élastique. Si le rétrécissement est plus éloigné, le porte-caustique devra être conduit dans une gaîne dont on ne le fera sortir que sur le point même à cautériser. On devra toujours explorer d'abord l'œsophage avec une sonde de même volume non armée.

» Le caustique sera engagé dans la filière pendant quelques secondes, suffisantes pour que l'humidité des parois opère sa dissolution. Il sera retiré, essuyé, et reporté de nouveau, deux, trois et quatre fois, à chaque séance. Les cathétérismes qui suivront n'auront lieu qu'après quarante-huit heures d'intervalle, à moins qu'ils ne soient nécessaires à l'alimentation. » ]

3° *Incision, scarification.*—Les scarifications de l'œsophage sont plus dangereuses que celles du canal de l'urèthre. On comprend en effet que, si elles portent sur un point où le conduit a une épaisseur peu considérable, elles puissent dépasser les limites et occasionner une ouverture par laquelle les aliments, tombant dans une cavité voisine, donnent lieu à des accidents mortels. Dans les cas où le porte-empreinte aurait fait reconnaître une bride épaisse, on pourrait néanmoins mettre en usage ce moyen, en se servant d'un instrument semblable à l'*uréthrotome* de M. Amussat; mais il est inutile d'insister sur cette opération, dont la valeur ne nous est point prouvée par l'expérience.

4° *Œsophagotomie, gastrotomie.*—Enfin, dans les cas désespérés, s'il est constaté que l'obstacle au passage des aliments a son siége au-dessus de la cavité pectorale, on peut tenter comme dernière ressource l'*ouverture de l'œsophage*, et lorsque, au contraire, le rétrécissement est situé trop bas, on peut recourir à la *gastrotomie*. La première opération fut pratiquée par Taranget, dans un cas que tout le monde a cité. Les aliments étaient retenus à la partie inférieure du cou; l'ouverture de l'œsophage fut pratiquée un peu plus bas, et, à l'aide d'une espèce d'entonnoir, on fit arriver par là les aliments dans l'estomac : la malade vécut ainsi pendant seize mois.

L'opération de la *gastrotomie*, qui consiste à établir à l'épigastre une ouverture stomacale permanente par laquelle on introduit les substances alimentaires dans l'estomac, a été tentée par M. Sédillot (1). Ce chirurgien pratiqua cette opération (2) chez un homme de cinquante-deux ans, qui ne pouvait plus avaler même les liquides, et chez lequel le cathétérisme de l'œsophage n'avait pas réussi. La mort est malheureusement survenue au bout de vingt et une heures. Cependant, de ce fait, M. Sédillot a tiré les conséquences suivantes : 1° Maintenir l'estomac à la plaie extérieure de l'abdomen, de manière à fermer complétement cette dernière, et à provoquer immédiatement des adhérences entre les deux feuillets viscéral et pariétal du péritoine (pour cela, combinez avec l'action de la canule quelques points de suture destinés à unir les deux plaies). 2° S'abstenir, pendant le premier jour, de faire aucune injection de liquide dans l'estomac, et n'y introduire qu'un peu d'eau le deuxième jour, pour rétablir lentement et graduellement les fonctions de ce viscère.

*Traitement du rétrécissement causé par des tumeurs voisines de l'œsophage.*— Ce traitement, comme le précédent, est, ainsi que le fait remarquer Boyer, le plus souvent inefficace. Cependant on a cité quelques exemples de guérison dans des cas où l'on pouvait supposer que l'obstacle était dû à une altération de ce genre. Boyer rapporte deux observations empruntées à Mennès et à Haller, dans lesquelles l'administration du *mercure* fit disparaître une dysphagie telle, que tous les aliments, et même les liquides, étaient rejetés. Mennès s'était assuré, par l'introduction d'une tige de baleine dans l'œsophage, qu'il existait un obstacle organique. Chez un des deux malades, le mercure fut administré en *frictions, de manière à produire la salivation*, et, chez l'autre, Haller prescrivit des *pilules de mercure doux, d'aloès et de camphre*. Le succès fut complet dans ces deux cas, auxquels

(1) Voy. *Gazette médicale de Paris*, décembre 1846 et janvier 1847.
(2) Voy. *Séances de l'Acad. des sciences*, novembre 1849.

il faut en joindre un troisième du même genre, également observé par Haller.

Il était bon de faire connaître ce traitement, qui peut être mis en usage sans danger, et avoir dans quelques cas des résultats heureux. On peut employer les *diverses préparations mercurielles*, ou bien l'*iodure de potassium* de la manière qui a été plusieurs fois indiquée.

## ARTICLE XII.

### ŒSOPHAGISME, OU SPASME DE L'ŒSOPHAGE.

On a beaucoup écrit sur cette maladie, qui est depuis longtemps connue; mais on ne saurait, ainsi que le veut J. Frank (1) faire remonter son histoire jusqu'à Hippocrate; car, dans le passage cité par Frank, il est question du *tétanos*, dans lequel les convulsions du pharynx sont un symptôme particulier qui ne peut nous occuper ici.

Parmi les auteurs qui ont étudié cette affection, il faut citer principalement F. Hoffmann, qui lui a consacré un long chapitre (2). Dans ces derniers temps, M. Mondière a réuni un grand nombre de faits dans le but de tracer la description de cette affection spasmodique. Malgré ces recherches, et les efforts faits par ce dernier auteur pour arriver à une connaissance exacte de l'*œsophagisme*, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il règne une très grande confusion dans son histoire. En effet, on a rangé parmi les cas d'œsophagisme des exemples d'inflammation véritable, dans lesquels le spasme de l'œsophage n'était qu'un phénomène accessoire; on a rapporté à cette affection le résultat d'altérations produites par des substances âcres et caustiques; et enfin on a décrit sous son nom l'état spasmodique du pharynx et de l'œsophage qui survient dans la rage. Il n'est pas jusqu'aux ulcérations de la partie supérieure du larynx qui n'aient été regardées comme produisant l'œsophagisme, parce que les aliments et les boissons sont, en pareil cas, rejetés au moment de leur ingestion. Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien cette manière de voir est vicieuse.

Toutefois, si l'on voulait n'admettre comme véritable spasme de l'œsophage que les cas dans lesquels l'affection, de nature purement nerveuse, est toute locale, ou, en d'autres termes, les cas d'*œsophagisme idiopathique*, on ne pourrait en rassembler qu'un très petit nombre. Dans la plupart, en effet, on a rencontré, soit dans l'œsophage, soit dans les organes environnants, des lésions qui ont expliqué la production du spasme; et dans les autres il existait presque constamment une affection nerveuse générale, une névrose dont l'œsophagisme n'était qu'un symptôme. Nous avons dit plusieurs fois, dans le cours de cet ouvrage, que nous croyions devoir renvoyer à l'histoire des diverses maladies principales les accidents qui en sont un simple symptôme. Il semble donc que nous devrions ici nous borner aux quelques faits où le spasme de l'œsophage a existé seul, et a constitué toute la maladie; mais, comme dans l'hystérie et l'hypochondrie, l'œsophagisme peut, à certaines époques, se montrer indépendamment de tous les autres sym-

(1) *Praxeos medicæ*, par[illegible] vol. I, sect. II.
(2) *Opera omnia*. Gen[illegible]. III; *De morph. œsoph. spasmod.*

ptômes, et qu'il exige des moyens particuliers de traitement, nous ne saurions exclure de cet article cette espèce, dont la connaissance est importante.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

F. Hoffmann a défini ainsi le spasme du pharynx et de l'œsophage : une constriction ou une distension rigide, soit du pharynx, soit du conduit alimentaire, *provenant le plus souvent d'un mucus irritant*. Cette définition, qui admet l'existence non prouvée d'une cause particulière, a été ainsi modifiée par M. Mondière : « L'œsophagisme consiste dans une constriction plus ou moins complète et durable du canal pharyngo-œsophagien, et pouvant ou produire une dysphagie absolue, ou empêcher seulement la déglutition des corps, soit solides, soit liquides. » Quant à nous, d'après ce que nous avons dit plus haut, nous croyons qu'on doit réserver le nom d'*œsophagisme* à la *constriction convulsive de l'œsophage*, qui ne trouve son explication dans aucune lésion organique de cet organe ou des organes voisins.

On a donné à cette affection les noms de *constriction du pharynx et de l'œsophage*, *ténesme de l'œsophage*, *dysphagie nerveuse.*

Quant à sa *fréquence*, nous voyons qu'on doit nécessairement la trouver très différente, suivant le point de vue où l'on se place. Pour nous, elle n'est pas très grande; tous les praticiens savent, en effet, qu'il est assez rare de rencontrer la convulsion idiopathique de l'œsophage, et que ce phénomène ne se montre chez les hystériques et les hypochondriaques que dans la minorité des cas.

[L'œsophagisme est une maladie qui trouverait encore mieux sa place dans un traité de sémiologie ou de pathologie générale que dans un ouvrage de pathologie descriptive. En effet, l'œsophagisme est toujours symptomatique, et doit être rapporté soit à une lésion locale, soit, le plus souvent, à une affection des centres nerveux ou à une névrose générale. Les lésions locales sont de divers ordres; on a signalé, parmi les plus habituelles, la pharyngite, la laryngite, le croup, l'œsophagite et le rétrécissement de l'œsophage, le cancer de l'estomac. Les maladies des centres nerveux qui peuvent donner lieu à l'œsophagisme sont également nombreuses ; il faut d'abord signaler toutes les affections organiques du cerveau et de la partie supérieure de la moelle épinière, puis les névroses suivantes : l'hypochondrie, la folie, l'hystérie, qui ont souvent l'œsophagisme parmi leurs symptômes; la même chose a lieu dans la rage.

Nos connaissances, en ce qui concerne l'œsophagisme, ne sont pas encore assez étendues ni assez parfaites pour que nous puissions décrire exactement toutes les variétés de cette maladie. Néanmoins nous pouvons dès à présent en indiquer plusieurs, qui sont, comme on le verra, très distinctes, et qui, nous n'en doutons pas, seront plus tard décrites séparément. Pour procéder d'après un ordre logique, nous tâcherons de commenter d'abord l'expression d'*œsophagisme* (*œsophagospasmus*, *stricture of the œsophagus*). Il semble, d'après ces noms mêmes, que l'œsophage soit seul en cause ; et cependant il n'est pas douteux que souvent l'arrière-gorge, le pharynx, sont le siége de spasmes confondus avec l'œsophagisme. Procédant de la physiologie à la pathologie, nous voyons que le pharynx se refuse souvent à permettre l'ingestion de certaines substances, soit à cause de leur saveur, soit à cause de leur forme. Ce spasme des premières voies se produit en état de

santé dans bien des cas; il suffira de rappeler combien de personnes ne peuvent avaler les corps sphériques, même d'un petit volume.

On voit donc que les phénomènes spasmodiques qui se produisent à la partie supérieure des premières voies sont tout à fait analogues à ceux dont l'œsophage est le siége.

A côté de ce spasme, qui le plus souvent ne dure qu'un instant, et ressemble à une convulsion clonique, existe un état spasmodique durable, continu, sorte de ténesme qui non-seulement s'oppose à l'ingestion des aliments par rétrécissement de l'œsophage, mais cause habituellement une sensation douloureuse. Il existe en outre une espèce d'œsophagisme qui consiste dans une sensation pénible au niveau de l'un des points des premières voies, dans le pharynx ou dans l'œsophage. On ne saurait dire ici qu'il y ait spasme; il y a douleur, sensation d'un corps étranger, illusion, et cette sensation conduit les malades à des conceptions délirantes. Quelquefois elle n'est qu'un résultat de la folie, de l'hypochondrie, de l'hystérie. Les malades pensent avoir avalé un corps étranger, et recherchent une opération chirurgicale qui peut les délivrer de leur mal. En pareil cas, céder au désir du malade et consentir à faire une opération sans danger à la suite de laquelle il croie que le prétendu corps étranger a disparu, est une pratique que plus d'un médecin a employée avec succès. Chez les femmes hystériques, cette sensation douloureuse est analogue à l'*ovum hystericum*, à la *boule*, à l'*aura*, etc., et l'état général doit préoccuper surtout le médecin. Peut-être n'est-il pas inutile de parler ici du refus des aliments par certains aliénés, lesquels ne veulent ou ne peuvent pas avaler, et qu'il faut nourrir à l'aide d'une sonde œsophagienne contenant des aliments. Le cathétérisme est pratiqué tantôt par la bouche, tantôt par les narines.]

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

On n'a pas fait de recherches qui permettent de dire d'une manière très positive *quelle est l'époque de la vie* à laquelle se montre le plus souvent l'œsophagisme. Cependant on peut avancer, d'une manière générale, qu'il ne se produit guère qu'après l'enfance, quoique Everard Home et le docteur Stevenson aient cité des cas où il existait depuis les premières années de la vie.

Si, comme nous l'avons dit plus haut, l'*hystérie* est une des causes les plus fréquentes de cette affection, il en résulte qu'elle se montre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Dans les cas d'œsophagisme observés chez les hystériques, il se passe évidemment quelque chose de semblable à ces troubles du larynx produisant l'*aphonie*, qui ont été signalés dans le deuxième volume de cet ouvrage. Les *hypochondriaques* en sont moins fréquemment affectés; du moins n'a-t-on signalé qu'un très petit nombre de cas de ce genre.

Le docteur Stevenson, cité par M. Mondière, a rapporté un cas dans lequel l'œsophagisme a paru *héréditaire*. Tels sont les renseignements bien insuffisants que nous avons sur les causes prédisposantes de cette affection.

2° Causes occasionnelles.

Nous mettons d'abord de côté l'*inflammation* de l'œsophage, dans laquelle le spasme n'est qu'un simple effet de la maladie principale. Nous croyons également qu'il n'est pas permis de considérer comme une cause de simple spasme l'*ingestion des substances âcres* signalée déjà par Forestus, par Plater, par F. Hoffmann, et qui a été admise par M. Mondière; ces substances déterminent en effet l'inflammation du conduit alimentaire.

Ces deux ordres de causes éloignés, il n'en reste guère qu'un nombre assez limité; parmi celles-ci, nous trouvons d'abord les *affections morales*, et principalement les *passions violentes*. Ce genre de causes agit surtout chez les personnes d'un tempérament nerveux, chez les hystériques et les hypochondriaques, qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, sont particulièrement prédisposés à l'œsophagisme. L'*imagination* seule peut produire le même effet. Boyer (1) en a cité un exemple remarquable. Le sujet de cette observation est une femme hystérique qui, après avoir ressenti quelques picotements dans un mouvement de déglutition, ne pouvait plus avaler d'aliments solides sans craindre la suffocation. Zimmermann (2) a rapporté un cas plus remarquable encore; car le sujet ayant, en avalant une cuillerée de bouillon, senti une petite quantité de ce liquide tomber dans le larynx, ne put plus, depuis ce moment, en avaler une seule goutte, malgré les plus grands efforts.

Tout le monde connaît les cas dans lesquels le spasme du pharynx et de l'œsophage s'est produit au plus haut degré et a rendu la déglutition impossible, après une *morsure faite par un chien qu'on croyait enragé et qui ne l'était pas*. L'imagination avait encore la plus grande part dans la production de ce phénomène.

A l'occasion des *maladies de l'estomac et de l'utérus*, nous indiquerons le spasme de l'œsophage, *symptomatique* de ces affections.

On a encore cité comme causes de l'œsophagisme la *suppression des diverses éruptions*, de la *sueur des pieds*, des divers *écoulements sanguins*; les *affections vermineuses*, etc.; mais leur existence n'est pas suffisamment démontrée. Je ne parle point de l'œsophagisme survenant dans les *affections rhumatismales*, parce que plus tard il s'agira de rechercher si la dysphagie n'est point, en ce cas, le résultat d'un véritable rhumatisme du conduit musculeux.

Reste enfin une cause sur laquelle les auteurs ne sont pas d'accord, c'est la *luxation des appendices cartilagineux de l'os hyoïde*, signalée par Valsalva, ce qui a engagé Sauvages à donner à cette dysphagie le nom de *dysphagie valsalvienne;* ou bien, d'après le docteur Mugna (3), la *diastase* de ces prolongements cartilagineux. Cet auteur a cité à l'appui de son opinion un fait sur lequel Ollivier (d'Angers) (4) a publié une note intéressante. Cette luxation ou cette diastase serait, suivant les auteurs que je viens de citer, produite par la *déglutition d'un corps dur et volumineux;* mais avant de chercher à donner l'explication des faits de ce genre, il faut se demander si la luxation ou la diastase existe réellement. Or le fait n'a pas été démontré d'une manière directe, et M. Mondière ne l'admet pas.

(1) *Loc. cit.*, t. VII.
(2) *Act. helvetic.*, t. II, p. 97.
(3) *Annali univ. di med.*
(4) *Archives générales de médecine*, t. XIX, p. 232.

C'est d'après le résultat heureux des manœuvres faites dans le but de replacer dans leur position normale les parties cartilagineuses chez le sujet dont il nous a donné l'histoire, que M. Mugna a jugé qu'il y avait changement de direction de l'os hyoïde ; et comme il n'a pu concevoir la luxation des appendices de cet os, il a admis la diastase. Mais, d'une part, Ollivier ne reconnaît pas que les raisons données en faveur de la diastase soient meilleures que celles qui ont fait regarder l'accident comme une luxation, et de l'autre, M. Mondière fait remarquer que des manœuvres semblables à celles qui ont été exécutées ont guéri de véritables spasmes. La question est donc loin d'être résolue. J'y reviendrai à l'article du traitement.

## § III. — Symptômes.

Parmi les caractères de l'œsophagisme signalés par les auteurs, un des principaux est son *apparition brusque*, souvent au milieu du repas, dans un mouvement de déglutition, et dans un état de santé parfaite. M. Mondière cite à ce sujet une observation rapportée par Monro, et dans laquelle il s'agit « d'un individu déjà âgé, qui, deux fois dans sa vie, fut pris *tout à coup*, au milieu de son dîner, d'un spasme de l'œsophage qui empêcha la déglutition. La première attaque dura quelques heures seulement, et fut dissipée par un lavement anodin ; la seconde dura quatre jours. »

Une fois le spasme de l'œsophage développé, les symptômes varient (ainsi qu'Hoffmann l'avait remarqué, et que M. Mondière l'a noté plus récemment) suivant le point affecté : si le spasme a son siége à la partie supérieure de l'œsophage, et à plus forte raison dans le pharynx, *les aliments sont rejetés avec force aussitôt qu'introduits*. Dans le cas où la constriction spasmodique occupe la partie inférieure, les aliments s'arrêtent dans ce point, ou bien sont rejetés par un mouvement antipéristaltique, suivant l'expression d'Hoffmann.

Ordinairement il existe une certaine *douleur* pendant cette régurgitation : cependant on l'a vue avoir lieu sans aucune espèce de douleur ; M. Mondière en cite un exemple d'après M. Latourette. On doit, à ce sujet, faire une réflexion : nous avons vu qu'on n'avait pas distingué le spasme résultant d'une œsophagite du spasme purement nerveux ; l'absence de la douleur n'indiquerait-elle pas l'existence de ce dernier ? c'est un point qu'il serait bien important d'étudier.

A propos de cette *régurgitation*, on ne peut s'empêcher de rapporter le fait recueilli par Courant (1) et indiqué par M. Mondière, dans lequel le bol alimentaire restait pendant un certain temps enfermé dans l'œsophage, était ramené successivement de la partie supérieure à la partie inférieure de ce conduit, et était enfin tout à coup ou rejeté avec violence au dehors, ou précipité dans l'estomac. Dans un cas cité par Hoffmann, le dernier bol alimentaire était seul retenu dans l'œsophage, et ne pouvait être précipité que par l'ingestion de beaucoup de liquide. Ce phénomène de régurgitation peut être prévenu par certaines précautions de la part des malades : elle consiste, ainsi que l'a remarqué Courant, qui a observé un fait de ce genre, à mâcher longtemps et lentement les aliments, et à saisir l'instant favorable, de manière à tromper, pour ainsi dire, le spasme (2).

(1) *De nonnullis morb. convuls. œsoph.* Montpellier, 1778.
(2) Voy. Mondière, *loc. cit.*

On a également indiqué des symptômes qui semblent appartenir aux voies respiratoires plutôt qu'aux voies digestives. Ainsi on a vu des *spasmes violents de la gorge* survenir pendant la déglutition des liquides, la *face* devenir *livide*, la tête se renverser en arrière, un bruit de *gargouillement* se produire dans l'arrière-gorge, de violentes *angoisses* se manifester, et même la *perte de connaissance* avoir lieu. On peut expliquer de deux manières la production de ces symptômes : dans les cas où ils surviennent après l'ingestion des liquides, le spasme de l'œsophage n'aurait-il pas déterminé l'introduction d'une petite quantité de boissons dans le larynx? et dans le cas où ils suivent l'ingestion des aliments solides, ne faut-il pas les rapporter à la compression de la trachée par le bol alimentaire? Les faits méritent d'être étudiés sous ces divers points de vue.

Tels sont les *symptômes* qui se manifestent *pendant la déglutition*. Examinons maintenant, en suivant M. Mondière qui a étudié cette maladie avec le plus de soin, ceux qui existent *dans les intervalles*.

Un sentiment de *gêne*, de *constriction* ; la *sensation d'un corps étranger*, d'une *boule*, d'un *œuf de pigeon*, comme l'a observé Hoffmann, existent ordinairement dans un point de l'œsophage qui est très variable. Ces sensations sont plus ou moins incommodes aux différents moments de la journée, et sans qu'on puisse en trouver une cause satisfaisante.

Le *hoquet* a été surtout signalé par tous les auteurs, depuis F. Hoffmann. Malheureusement on n'a point étudié assez attentivement les faits pour savoir dans quelle proportion des cas, dans quelles circonstances et dans quelle espèce de spasme il se présente. C'est encore à l'observation à nous éclairer sur ces points.

On a vu le spasme envahir les organes de la respiration, même en dehors de l'acte de la déglutition. La *voix* est alors parfois éteinte, la *respiration* est saccadée, et quelquefois la *suffocation* imminente. Suivant F. Hoffmann, ces signes appartiennent en propre au *spasme du pharynx*.

Dans certains cas, tous ces symptômes sont portés à un si haut degré d'intensité, et, d'un autre côté, l'imagination des malades est tellement frappée, qu'il existe une véritable *hydrophobie*. A ce sujet, M. Mondière rapporte un fait très remarquable qu'il a emprunté au docteur Barbantini (1) : il s'agit d'un jeune homme qui fut légèrement mordu par un chien. Celui-ci s'étant égaré et n'ayant pas reparu, son maître s'imagina qu'il était enragé, et son imagination fut frappée au point que le lendemain il présenta tous les symptômes de l'hydrophobie. La déglutition était devenue impossible; il y avait même eu quelques accès de fureur, lorsque le neuvième jour après l'accident, le chien reparut. Son maître, ayant reconnu qu'il n'était point affecté de la rage, fut immédiatement guéri.

Enfin nous devons, avec M. Mondière, signaler quelques particularités qui se présentent dans cette affection, comme dans toutes les maladies nerveuses : « Tantôt, dit cet auteur (2), les *boissons chaudes* passent plus facilement que les froides, tantôt *le contraire a lieu*. Le plus ordinairement les *liquides seuls* peuvent être avalés ; mais quelquefois ce sont les *substances solides seulement*. Elselenius (3) a

(1) *Giorn. di phys., chim.*, t. X.
(2) *Loc. cit.*, p. 481.
(3) *Med. und chir. Beauserk.* Francfort, 1789.

vu un homme qui avalait sans difficulté les aliments tant liquides que solides, quand ils étaient *chauds*, et qui, aussitôt qu'il essayait d'avaler quelque chose, seulement à la température de l'atmosphère, sentait une espèce de raclement dans le gosier. L'orifice de l'estomac se resserrait, et l'aliment restait dans l'œsophage jusqu'à ce que le malade eût bu un *liquide chaud*. Alors l'orifice cardiaque se dilatait, et le bol alimentaire pénétrait dans l'estomac. Th. Percival, Bleuland, rapportent des cas semblables. Le contraire s'observe aussi, et nous verrons même, à l'article du traitement, que la *glace* a dissipé quelquefois la maladie. Courant a vu les *aliments solides* parcourir aisément tout l'œsophage, et les liquides ne pouvoir être avalés ou ne parvenir dans l'estomac que goutte à goutte. Ch. Dumas (1) a donné des soins à une malade chez laquelle la déglutition des solides se faisait aussi plus facilement et avec moins de douleur que celle des liquides. » On voit que ces phénomènes particuliers varient beaucoup suivant les cas.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie n'a rien de régulier, comme il arrive ordinairement dans les maladies nerveuses. Dans un fait cité par le docteur Desgranges, l'affection se montra sous forme intermittente, et fut arrêtée par le quinquina ; les cas de ce genre sont rares.

Suivant M. Mondière, le spasme de l'œsophage n'a point de *durée* fixe ; il peut n'exister que vingt-quatre heures, ou se prolonger sans rémission pendant des jours entiers. Ainsi, dans un cas cité par Bleuland, d'après Osterdyck, *il* n'y eut pas le moindre relâche pendant douze jours. On a parlé d'œsophagisme de longue durée; mais, ainsi que le fait remarquer M. Mondière, dans les cas de ce genre, la maladie ne se produit qu'à des intervalles variables. Nous venons cependant de voir un cas dans lequel cette affection existe constamment, à un degré plus ou moins haut, depuis près de deux ans.

On ne connaît guère d'exemple de spasme de l'œsophage *terminé* par la mort, à moins qu'il ne s'agisse de ces cas où il est survenu une véritable hydrophobie.

### § V. — Lésions anatomiques.

On a eu bien rarement occasion d'examiner l'œsophage des sujets affectés de cette maladie. Aussi n'avons-nous presque rien à dire des altérations anatomiques. M. Mondière cite, d'après Howship, un cas dans lequel l'œsophage était contracté à un très haut degré, dans un point limité, sans altération de tissu. Baillie, qui a trouvé la même contraction, dit avoir constaté que l'œsophage était, dans ce point, plus dur qu'à l'état naturel. N'y avait-il pas, dans les cas de ce genre, autre chose qu'un simple spasme ? Enfin, chez les sujets qui ont succombé à l'hydrophobie non rabique, on n'a rien vu de particulier dans l'œsophage.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* du spasme de l'œsophage ne présente pas ordinairement de difficulté sérieuse; une gêne dans la déglutition survenue tout à coup au milieu de

(1) *Consultations et observations de médecine*. Paris, 1824, in-8.

l'état de parfaite santé, et pendant un repas, sans qu'auparavant il y ait eu la moindre difficulté dans la déglutition, annonce évidemment que l'affection est uniquement due au spasme nerveux.

Il resterait maintenant à rechercher comment on peut distinguer ce spasme purement nerveux de celui qui accompagne l'*inflammation spontanée;* mais, ainsi que nous l'avons vu, c'est ce qui ne peut être fait avec les observations que nous ont laissées les auteurs. Quant au spasme produit par l'*ingestion de substances âcres, irritantes*, la connaissance de la cause est suffisante pour le diagnostic.

Nous avons indiqué plus haut le diagnostic différentiel du spasme de l'œsophage et du rétrécissement organique (voy. article *Cancer de l'œsophage*); nous ne croyons pas devoir le reproduire ici.

Reste donc la distinction à établir entre l'œsophagisme et la *paralysie de l'œsophage;* mais nous croyons devoir la renvoyer à l'article suivant, qui traitera de cette dernière maladie (1).

*Pronostic.* — D'après ce que nous avons dit plus haut, le *pronostic* n'est pas grave. Dans le cours de l'hystérie, et chez les hypochondriaques, ce symptôme se dissipe ordinairement de lui-même. On n'a guère à redouter les suites du spasme de l'œsophage que dans les cas où il se produit une véritable hydrophobie, et où l'imagination des malades est fortement frappée.

## § VII. — Traitement.

Le *traitement* du spasme de l'œsophage est très varié. Chaque auteur a employé des moyens particuliers, et l'on n'a pas entrepris une série de recherches sur la valeur de chacun d'eux. Il faut donc se borner à indiquer les principales médications, et celles surtout qui ont été suivies dans des cas bien déterminés.

*Émissions sanguines.* — F. Hoffmann, d'après des idées toutes théoriques, recommande et a pratiqué dans quelques cas (2) la *saignée générale;* mais comme ce moyen fut mis en usage avec beaucoup d'autres, on ne peut pas savoir quel a été son résultat réel. La saignée a été peu employée par les autres médecins, à moins que le spasme ne fût produit par l'inflammation de l'œsophage, ce qui n'est pas le cas dont il s'agit ici. Le même auteur a fait appliquer des *sangsues à l'anus*, dans plusieurs cas où il attribuait la production de l'œsophagisme à une suppression des hémorrhoïdes. Sa pratique a été quelquefois imitée. On voit que nous n'avons que des données fort incertaines sur ces moyens, auxquels, en général, la nature nerveuse de la maladie engage peu à avoir recours.

*Antispasmodiques.* — On doit s'attendre, d'après la nature de l'affection, à trouver dans le traitement de l'œsophagisme une longue liste de médicaments antispasmodiques. C'est, en effet, ce qui a lieu. F. Hoffmann les a surtout prodigués et les a réunis en grand nombre. Ces moyens sont administrés à l'intérieur

(1) On comprendra facilement pourquoi nous insistons moins sur les diagnostics différentiels des affections de l'œsophage que sur ceux des maladies décrites jusqu'à présent. Dans l'état actuel de la science, vouloir apporter plus de précision dans la solution de ces questions, ce serait s'exposer à avancer des assertions qu'il faudrait ensuite rectifier. Faisons des vœux pour que l'observation nous permette bientôt de sortir de ce vague.

(2) *Consult. et resp. med.*, cent. I, sect. II.

ou à l'extérieur, et leur effet est, suivant M. Mondière, bien différent suivant qu'on les prescrit de l'une ou de l'autre manière. C'est pourquoi il convient de les envisager sous ces deux points de vue.

*Antispasmodiques à l'intérieur.* — Le *camphre* est, parmi ces médicaments, un de ceux qui ont été le plus souvent mis en usage. On l'administre dans un julep ; le suivant, par exemple :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Camphre............. | 0,30 gram. | Eau de mélisse............ | 180 gram. |
| Miel de sureau........ | 45 gram. | | |

Mêlez. A prendre par cuillerées.

Ou bien en pilules, ainsi qu'il suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Camphre............... | 2 gram. | Sirop de sucre.................. | Q. s. |
| Nitre.................. | 5 gram. | | |

Faites quarante pilules. Dose : deux ou trois par jour.

Le *castoréum*, le *musc*, l'*asa fœtida* ont été également prescrits. La teinture suivante renferme deux de ces substances :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Teinture de castoréum.. / d'asa fœtida... | ãã 2 gram. | Esprit de corne de cerf. | 1 gram. |

Mêlez. A prendre à la dose de quinze à vingt gouttes toutes les heures ou toutes les deux heures, dans une tasse d'*infusion de camomille*.

Le musc doit être donné à assez forte dose dans les cas dont il s'agit. Ainsi on prescrira :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Musc............... | 0,20 gram. | Sucre de lait............. | 0,40 gram. |

Mêlez. A prendre en une fois. Renouveler cette dose deux ou trois fois par jour.

On peut porter ces remèdes sur la partie inférieure du tube digestif, à l'aide de *lavements*. On y est même forcé assez souvent ; car la déglutition est impossible. J. Frank recommande particulièrement la préparation suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Infusion de camomille.... | 200 gram. | Jaune d'œuf.................... | n° 1. |
| Asa fœtida............. | 2 gram. | | |

Pour un lavement.

Nous ne croyons pas devoir insister sur cette médication, parce que, comme l'a fait observer M. Mondière, il n'existe pas un seul cas où, seule, elle paraisse avoir eu un véritable succès. Nous nous bornerons à ajouter que F. Hoffmann avait une assez grande confiance dans le *succin*, et surtout dans sa *liqueur anodine*, et nous donnerons une formule de ce médecin, dans laquelle on trouvera réunies plusieurs autres substances dont nous n'avons point parlé.

*Formule d'Hoffmann.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Feuilles de sauge...... <br> — de véronique... <br> Sommités de millefeuille. | ââ une poignée. | Fleurs de camomille.. .... | une poignée. |
| | | Semences de fenouil...... <br> — d'anis étoilé.... | ââ 8 gram. |

Faites infuser dans suffisante quantité d'eau. A boire par tasses.

*Antispasmodiques à l'extérieur.* — Fr. Hoffmann a encore insisté sur l'usage extérieur des antispasmodiques qu'il appliquait principalement sur la bouche et le pharynx. Ainsi il voulait qu'on mît une certaine quantité de *thériaque* sous la langue, qu'on fît parvenir lentement dans le pharynx et l'œsophage le *castoréum*, le *camphre*, le *safran*, quelques gouttes de *liqueur anodine*, de manière à agir sur le point affecté. N'est-il pas à craindre que les efforts de déglutition ne soient, en pareil cas, plus nuisibles qu'utiles.

Thomas Percival, cité par M. Mondière, réussit à faire disparaître un spasme de l'œsophage en faisant arriver dans ce conduit des vapeurs d'*asa fœtida* dissoute dans une infusion de plantes aromatiques. Pour mettre ce moyen en usage, on pourrait adopter la préparation suivante :

℞ Asa fœtida.............................. 10 gram.

Dissolvez dans :

Infusion bouillante de sauge et de romarin......... 300 gram.

Pour une fumigation trois fois par jour.

Recommander au malade de faire quelques mouvements de déglutition pendant la fumigation.

*Narcotiques.* — Les narcotiques comptent des succès plus évidents. Jourdan (1) cite un fait dans lequel le spasme de l'œsophage, qui était très violent, céda à l'administration de *quinze gouttes de teinture d'opium, toutes les quatre heures.* Il disparut après la sixième prise, de sorte que le sujet avait pris quatre-vingt-dix gouttes de teinture en vingt-quatre heures. Cette dose paraîtra énorme, et l'on comprend quels sont les accidents qui pourraient résulter de cette administration dans tous les cas.

La *jusquiame* et la *belladone* ont été également administrées ; mais comme rien ne prouve que ces substances aient une action plus avantageuse que l'opium, il serait inutile d'y avoir d'abord recours.

C'est *à l'extérieur* surtout que les *narcotiques* ont été appliqués. Chambon de Montaut, cité par M. Mondière, rapporte qu'il guérit promptement un spasme de l'œsophage en couvrant le cou de *cataplasmes faits avec la jusquiame et la ciguë.* M. Suchet (2) fit faire dans un cas semblable des *frictions* sur les régions thoracique, trachéale, frontale et temporale, avec une mixtion où entraient l'*éther acétique* et l'*opium de Rousseau.* On pourrait employer, dans ce but, la préparation suivante :

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. X.
(2) *Journal complet des sciences médicales*, t. XV.

| | |
|---|---|
| ℞ Infusion de jusquiame.... 200 gram. | Laudanum de Rousseau..... 30 gouttes. |
| Éther acétique.......... 4 gram. | |

Mais il n'est point de cas qui présente un succès plus frappant que celui qui a été cité par le docteur Omboni, et dans lequel on employa la *morphine par la méthode endermique*. Un petit vésicatoire ayant été placé à la partie antérieure et inférieure du cou, on appliqua sur la peau dénudée 0,025 *gram. de sulfate de morphine*, et quelques heures après cette application, la dysphagie, qui était très violente, cessa pour ne plus se reproduire. Le docteur Eug. Bodin (1) a rapporté un cas du même genre qui n'est pas moins remarquable. Chez un sujet qui fut pris *tout à coup* d'impossibilité d'avaler, et qui présentait à peine quelques traces d'irritation dans le pharynx, ce médecin, après avoir employé inutilement, pendant six jours, les sangsues, les cataplasmes émollients, les fumigations vers la gorge, les pédiluves sinapisés, eut recours à l'application de la morphine sur un vésicatoire placé à la partie antérieure du cou, et, *dès le lendemain*, la déglutition se rétablit en partie. Il est à désirer que cette pratique soit renouvelée.

*Huile de cajeput, balsamiques.* — Jos. Frank recommande encore l'*application extérieure* de médicaments divers : ainsi, d'après Thunberg (2), il nous dit que des frictions faites sur le dos et le cou avec l'*huile de cajeput* sont utiles dans cette maladie ; et il recommande encore les *fumigations sèches et balsamiques*, dirigées vers la partie supérieure de la poitrine. Les substances dont on peut se servir pour pratiquer ces fumigations sont le *succin*, le *benjoin* et la *myrrhe*. Il est encore plus simple de recevoir la vapeur de ces substances sur un morceau de flanelle et d'en frictionner la partie inférieure du cou.

*Préparations mercurielles.* — Les préparations mercurielles ont été employées par Ev. Home, Abernethy, M. Trucy (3), et, suivant ces auteurs, avec succès. C'est en *frictions* que l'on administre ordinairement ces préparations, et c'est l'*onguent mercuriel* qui sert à ces frictions. On a cherché, dans les cas où ces médicaments ont été mis en usage, à déterminer une *légère salivation*. Sans nier la possibilité de ces succès, je dois dire que le diagnostic aurait dû être établi, dans ces cas, d'une manière très précise. Nous avons vu, en effet, que les ulcères de l'œsophage déterminent la régurgitation spasmodique. Or il faudrait savoir si, en pareil cas, il n'existait pas des accidents consécutifs de syphilis.

*Strychnine.* — Dans un cas de spasme de l'œsophage lié à un état hystérique, M. Mathieu (4), voyant que le malade ne pouvait avaler que des liquides, et avec beaucoup de peine, fit usage de la *strychnine* qu'il porta progressivement jusqu'à la dose de 2 centigrammes. Après six semaines de ce traitement, tous les symptômes du côté de l'œsophage avaient disparu.

*Électricité.* — On a aussi mis en usage l'électricité, et l'on cite plusieurs cas dans lesquels des *décharges électriques*, dirigées vers l'arrière-gorge, ont rétabli la déglutition devenue très difficile ou impossible. Si l'on voulait avoir recours à ce moyen, on pourrait employer l'*électro-magnétisme*, et se servir de l'instrument de Clarke ou de Breton.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V, p. 373.
(2) *Dissert. de oleo cajep.* Upsal, 1797.
(3) *Société de médecine de Marseille*, 1817.
(4) *Gazette médicale de Lyon*, et *Bulletin général de thérapeutique*, 15 août 1852.

*Boissons froides, glace.* — Les auteurs ont encore cité des cas où la déglutition a été rétablie par l'administration de *boissons froides*(1), et de la *glace* tenue dans la bouche. Nous avons vu plus haut, dans l'exposition des symptômes, que quelquefois les malades n'éprouvaient de la difficulté dans la déglutition que quand ils voulaient avaler des boissons chaudes; c'est surtout chez eux qu'on doit, selon les probabilités, attendre d'heureux résultats de ces moyens; mais le contraire arrive quelquefois, et alors il est tout naturel de regarder la glace et les boissons froides comme contre-indiquées.

*Cathétérisme de l'œsophage.* — On sait que dans les *rétrécissements spasmodiques de l'urèthre*, on a obtenu souvent un prompt succès en introduisant une sonde, et en forçant l'obstacle dû à la simple contraction du canal; c'est ce qui a engagé à employer le même moyen dans le traitement du spasme de l'œsophage. Les cas de succès à l'aide du cathétérisme sont assez nombreux. M. Mondière cite les principaux qu'il a empruntés à Gerbezius (2), Ev. Home, Autenrieth, etc. Ces divers cas sont très concluants; car, immédiatement après le cathétérisme, la déglutition s'est reproduite, pour ne plus être empêchée. Ainsi, dans celui qui a été observé par Gerbezius, dès qu'un stylet, muni d'une éponge à son extrémité, eut franchi le point où existait la constriction, tout rentra dans l'ordre. Un fait cité par le docteur Stevenson n'est pas moins concluant; il présente de plus cette particularité, qu'il y avait deux obstacles spasmodiques, l'un à la partie supérieure de l'œsophage, l'autre à la partie inférieure.

On voit maintenant comment M. Mondière a expliqué la guérison rapide obtenue par l'introduction des doigts dans la gorge et le replacement des cartilages dans la prétendue luxation ou diastase des appendices de l'hyoïde. La constriction existait à la réunion du pharynx et de l'œsophage; il a suffi, pour la faire cesser, de l'introduction des doigts et de la dilatation qui en est résultée.

Lors de l'introduction de la sonde dans l'œsophage affecté de contractions spasmodiques, il faut se rappeler une particularité notée principalement par Dupuytren et par Lisfranc, à l'occasion des rétrécissements spasmodiques de l'urèthre : au moment où l'extrémité de la sonde arrive sur le point spasmodiquement rétréci, la constriction augmente et l'obstacle paraît insurmontable; mais si on laisse un instant le cathéter en contact avec le point malade, le spasme cesse et l'obstacle est bientôt franchi.

On a conseillé, dans les rétrécissements spasmodiques de l'urèthre que la sonde a trop de peine à franchir, d'*enduire l'instrument d'extrait de belladone*. M. Mondière fait remarquer qu'on pourrait employer le même moyen avec succès dans le rétrécissement spasmodique de l'œsophage.

On voit, d'après ce que nous venons de dire, que l'emploi des sondes est le moyen qui s'est montré le plus efficace dans le plus grand nombre des cas : aussi est-ce celui que l'on doit le plus vivement recommander, lorsqu'il est bien démontré qu'il existe un véritable spasme du conduit alimentaire.

Enfin, il importe de signaler le fait indiqué par Boyer, et qui montre comment

(1) Voy. Tode, *Adv. med. prat.* Hafniæ, 1729. — Montant, *Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1758.

(2) *Miscell. nat. cur.*, dec. III, ann. 3, p. 6.

on peut *agir sur les malades dont l'imagination est frappée*. Il s'agit d'une femme hystérique qui, ayant ressenti des picotements et de la douleur en avalant, n'osait plus prendre d'aliments solides, de peur d'être étranglée. Boyer ne nia pas la possibilité de l'accident, mais assistant pendant un mois au repas de la malade, il lui fit comprendre qu'il lui porterait promptement des secours efficaces. Peu à peu elle revint sans accident à ses habitudes ordinaires.

### PRÉCAUTIONS A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DU SPASME DE L'ŒSOPHAGE.

Éviter les émotions morales.

Rechercher quelle est la température la plus propre à favoriser la déglutition des aliments.

Employer comme adjuvants les grands bains.

*Résumé*. — On voit, d'après ce qui précède, que les études sur le traitement du spasme de l'œsophage n'ont point été faites d'une manière très rigoureuse. Cette maladie n'étant pas mortelle dans l'immense majorité des cas, et tendant assez souvent à se terminer spontanément, on ne pourra connaître la valeur comparative des moyens thérapeutiques dirigés contre elle que lorsqu'on aura étudié avec soin sa marche et les effets immédiats des divers médicaments. Or c'est ce qui n'a point encore été fait; aussi tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'emploi de la morphine par la méthode endermique et l'introduction de la sonde paraissent les moyens les plus efficaces. Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de donner des ordonnances pour ce traitement; car, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas citer de cas dans lequel un groupe particulier d'agents thérapeutiques soit indiqué. Il sera facile au médecin de choisir ceux qui paraîtront le mieux appropriés.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; antispasmodiques à l'intérieur et à l'extérieur, narcotiques; frictions balsamiques; électricité; boissons froides, glace; cathétérisme de l'œsophage; sondes enduites d'extrait de belladone.

## ARTICLE XIII.

### PARALYSIE DE L'ŒSOPHAGE.

Cette affection, qui a été désignée par Fr. Hoffmann sous le nom d'*atonia musculorum pharyngis*, et que d'autres médecins ont appelée *gulæ imbecillitas*, est ordinairement un symptôme d'autres affections plus graves, et en particulier des affections cérébrales.

Lorsqu'elle est idiopathique, il est souvent très difficile d'en reconnaître la cause. On l'a vue se produire *au moment même de la déglutition;* mais probablement alors cet acte en a seulement déterminé la manifestation. Dans un cas, le docteur Wilson, cité par M. Mondière, pensa qu'une *exostose de la partie supérieure de la colonne vertébrale, comprimant les nerfs pneumogastriques*, était la cause de la

paralysie du conduit alimentaire. Il existait d'autres exostoses aux membres inférieurs.

Les *symptômes* de cette maladie sont peu nombreux. L'*arrêt du bol alimentaire* dans le canal œsophagien, les *efforts impuissants* que fait le malade pour les faire parvenir dans l'estomac ; l'*agitation* qui en résulte ; quelquefois *des convulsions :* tels sont les principaux.

On a remarqué, dans certains cas, que les liquides pris *en petite quantité* étaient très difficilement ingérés, tandis qu'*un volume plus considérable* pénétrait avec assez de facilité dans l'estomac. Dans ces cas encore, on a observé que les *solides* étaient *plus facilement avalés* que les *liquides.* Ces phénomènes ont été notés lorsque la *paralysie* était *incomplète.* On comprend facilement ces faits, quand on songe que la contraction du pharynx doit s'exercer avec plus de facilité sur une masse assez grande pour fournir un point d'appui à ses fibres musculaires. Dans quelques autres cas, tel que celui qui a été cité par F. Hoffmann, le bol alimentaire ne peut parvenir à l'estomac qu'en y étant *précipité par une assez grande quantité de liquide.*

Lorsque la *paralysie* est *complète,* le bol alimentaire s'arrête à la partie supérieure de l'œsophage, et peut déterminer la suffocation et même la syncope. On a signalé l'existence de ces accidents chez les *aliénés paralytiques ;* mais il s'agit alors d'une paralysie symptomatique, dont il sera question plus tard.

Un autre accident qui résulte de la paralysie de l'œsophage, est l'introduction dans le larynx de portions d'aliments et de quelques gouttes de liquide qui causent une *toux convulsive.*

Cette maladie, même dans les cas où l'on est parvenu à la guérir, a toujours été de *très longue durée.* Elle donne lieu à un dépérissement plus ou moins grand, suivant qu'on peut employer des moyens plus ou moins efficaces pour entretenir les fonctions digestives.

Quoique, ainsi que nous venons de le dire, l'arrêt du bol alimentaire dans le canal œsophagien puisse causer quelques accidents nerveux, il est facile de distinguer la paralysie de l'œsophage du *spasme de ce conduit.* Il n'y a pas, en effet, dans la première de ces affections, de point précis où existe un obstacle ; pas de régurgitation ; pas d'arrêt de la sonde dans le cathétérisme, qui, au contraire, est extrêmement facile. Ces *signes différentiels* sont, comme on le voit, très tranchés.

Le *pronostic* de la paralysie de l'œsophage est toujours très grave. Cependant, comme nous allons le voir tout à l'heure, on a cité quelques cas de guérison que le praticien ne doit pas perdre de vue.

*Traitement.* — 1° *Traitement curatif.*— C'est surtout par les *excitants* qu'on a cherché à guérir la paralysie de l'œsophage. F. Hoffmann recommandait principalement son *baume de vie,* dont nous ne donnerons pas ici la composition exacte, parce qu'elle est trop compliquée, mais qui contenait comme substances principales : l'*huile de cubèbe*, de *lavande*, de *citron*, de *macis*, etc. Il en faisait prendre quelques gouttes avec du sucre.

Dans un cas rapporté par Sédillot, des moyens du même genre procurèrent un succès complet. On prescrivit, en effet, un *gargarisme d'eau chargée d'une forte dose de moutarde en poudre ;* à l'intérieur, la *même liqueur* prise par gorgées, et l'usage d'un *vin généreux.* La malade fut guérie en quinze jours.

Dans ce même cas, on eut encore recours à des *applications extérieures:* ainsi on plaça un *large vésicatoire* à la nuque, et l'on fit des *frictions* plusieurs fois par jour avec le liniment suivant :

℞ Ammoniaque liquide....... 8 gram. | Huile d'amandes douces....... 30 gram.

L'action de la *teinture de cantharides*, appliquée avec un pinceau sur le fond du pharynx, est de la même nature que celle des médicaments précédents. Ce moyen a été proposé par Lœfler, cité par M. Mondière (1).

Enfin le docteur Coze a traité la paralysie du pharynx et de l'œsophage par l'*extrait alcoolique de noix vomique*, placé sur un vésicatoire appliqué sur les côtés du cou. Pour mettre ce moyen en usage, il faut panser le vésicatoire avec du cérat, auquel on incorpore, à chaque pansement, *un décigramme d'extrait alcoolique de noix vomique*. On pourrait encore saupoudrer la peau dénudée avec 1, 2 ou 3 *centigrammes de strychnine*.

L'*électricité* a été également mise en usage; mais excepté un fait rapporté par Monro, on ne connaît point d'observation bien concluante dans laquelle ce moyen ait eu un succès évident.

Dans le cas observé par M. Wilson, et où l'existence d'une exostose de la colonne vertébrale fut soupçonnée, le *traitement mercuriel* fut suivi d'un prompt succès. Ce fait ne doit pas être perdu de vue. Quant aux préparations mercurielles à mettre en usage en pareil cas, elles ne présentent rien de particulier.

2° *Traitement palliatif.* — Enfin, quand la paralysie paraît incurable, il faut employer des moyens palliatifs. Ainsi on *introduit la sonde œsophagienne* pour injecter dans l'estomac des aliments demi-liquides; ou bien, après avoir recommandé au malade de porter avec la langue les aliments aussi loin qu'il le peut dans le pharynx, on *pousse le bol alimentaire jusque dans l'estomac* à l'aide d'une tige de baleine garnie d'une éponge à son extrémité. Willis réussit de la sorte à conserver l'existence à un homme qui ne pouvait plus avaler. Ce malade avait appris à pousser lui-même les aliments dans l'estomac, et il y avait seize ans qu'il vivait ainsi, lorsque Willis écrivait son observation. Baster, cité par M. Mondière, a rapporté un cas analogue, et dans lequel le résultat fut bien plus remarquable, puisque la malade, après avoir été obligée pendant quatorze mois d'employer le moyen dont il s'agit, recouvra complétement la faculté d'avaler. On devra donc apprendre aux malades à se *servir de la tige de baleine munie d'une éponge*, opération qu'ils exécutent bientôt avec facilité.

---

Nous terminons ici ce que nous avions à dire des maladies de l'œsophage; les *corps étrangers* dans ce conduit, les *polypes*, sont trop exclusivement du domaine de la chirurgie, pour que nous ayons à nous en occuper. Quant au *hoquet*, comme il n'est point démontré qu'il appartienne en particulier aux maladies de l'œsophage, nous en avons traité au chapitre des *Névroses mixtes et des fonctions organiques* (tome II, p. 2).

(1) *Loc. cit.*, p. 48.

Une réflexion générale s'applique à l'histoire des maladies de l'œsophage telle que nous la possédons dans l'état actuel de la science : c'est que si, sur les principaux points, elle manque de la précision nécessaire, la difficulté du diagnostic, le défaut de détails dans les observations, le peu de rigueur des recherches entreprises, en sont les causes évidentes ; il est donc à désirer que l'observation soit dirigée d'une manière particulière sur ces maladies, dont quelques-unes ont une très grande gravité.

Nous avons, dans les chapitres précédents, traité des maladies de la partie supérieure des voies digestives ; nous arrivons maintenant à celles qui ont leur siége dans les organes contenus dans la cavité abdominale. Il semble que ces organes n'étant protégés, dans une grande étendue, que par une paroi molle, assez facilement dépressible, et permettant par conséquent une exploration presque directe, on ait dû, dès longtemps, arriver à une connaissance très précise de leurs affections ; mais plusieurs causes se sont opposées à ce qu'il en fût ainsi. Le grand nombre d'organes contenus dans une même cavité, d'où résulte une assez grande difficulté à préciser quel est le point malade ; la situation des lésions, qui est souvent profonde, ou qui même, dans les organes creux, rend fréquemment l'exploration directe inutile ; l'obscurité des symptômes, voilà les principales. La gastrite et l'entérite, affections qu'on pourrait, au premier abord, regarder comme des plus faciles à étudier, n'ont pu encore l'être que d'une manière imparfaite, bien qu'un grand nombre d'auteurs s'en soient particulièrement occupés (1).

(1) Dans ces derniers temps, on a joint la *percussion* aux moyens d'exploration mis en usage dans le diagnostic des maladies de l'abdomen. Nous aurons, dans le cours de ce chapitre, à en apprécier les résultats ; mais nous devons en dire ici quelques mots d'une manière générale, parce que le praticien est intéressé à se faire une idée exacte de son utilité. Si l'on en croyait M. Piorry, de l'emploi du *plessimètre* daterait une nouvelle ère pour l'histoire des maladies de l'abdomen, et désormais rien ne serait plus facile que de les reconnaître et de les traiter. Aucun esprit sérieux ne s'est trouvé convaincu, après la lecture des travaux que ce médecin a publiés à ce sujet. D'abord il est démontré pour tout le monde, excepté pour lui, que le plessimètre, bien qu'un peu moins inutile dans l'exploration de l'abdomen que dans celle de la poitrine, n'a quelques avantages que dans un petit nombre de cas. En second lieu, la percussion ne saurait être considérée que comme un des nombreux moyens propres à faire reconnaître les maladies de l'abdomen, et ses résultats sont tels, que le plus souvent elle constitue, parmi ces moyens, celui dont on pourrait le plus facilement se passer, si le praticien ne devait pas les mettre tous en usage.

On ne conçoit donc pas qu'on ait pu vanter avec une aussi grande exagération un moyen de diagnostic d'une utilité si bornée, et qu'on ait même voulu le comparer à l'auscultation dans les maladies. Il faut s'élever avec force contre de semblables prétentions, parce que la percussion, telle que M. Piorry veut qu'on la pratique, est fatigante, pénible pour le malade, et peut avoir pour effet de discréditer le praticien, si l'on s'aperçoit que souvent elle n'a d'autre résultat que de satisfaire une vaine curiosité, ou de conduire à une manière de voir erronée.

Mais que serait-ce si de l'emploi mal entendu de ce moyen on tirait des conséquences pratiques aussi contestables que celles qu'en a tirées M. Piorry, et qui font la base de sa thérapeutique ? Dans tout le cours de cet ouvrage, nous avons montré combien, dans le traitement des maladies, on devait avoir égard aux principaux symptômes ; mais le médecin que nous citons, depuis surtout qu'il a constaté l'existence de quelques-uns de ces symptômes par la percussion, n'envisage plus que les phénomènes isolés, et perd complétement de vue l'ensemble de la maladie, pour s'attacher à combattre minutieusement chacun de ces phénomènes. Cette médecine, *purement symptomatique*, est inadmissible ; l'adopter, ce serait vouloir faire remonter la médecine aux temps barbares, et perdre le fruit des meilleurs travaux qui, dans ces derniers temps, ont éclairé la thérapeutique. M. Piorry ne veut pas, il est vrai, qu'on dise

Dans cette seconde partie des maladies des voies digestives, on ne trouvera ni la *colique de plomb* ni la *fièvre typhoïde*. Voici les raisons qui nous engagent à les placer ailleurs. La colique de plomb n'est autre chose qu'un ensemble de symptômes par lequel se manifeste à nous l'*intoxication saturnine*. Or cette intoxication saturnine, si bien étudiée dans ces derniers temps par MM. Grisolle et Tanquerel des Planches, donne également lieu à des symptômes dont le siége est dans des organes bien différents, et cependant la cause primitive, unique, est l'introduction du plomb dans l'économie; il y aura donc avantage à rassembler dans un même chapitre ces résultats divers d'une même cause, et par conséquent à traiter de toutes les maladies saturnines dans le chapitre consacré aux *empoisonnements* (tome V).

---

## CHAPITRE IV.

### AFFECTIONS DE L'ESTOMAC.

Les réflexions générales que nous venons de présenter sur les maladies du canal intestinal s'appliquent aux maladies de l'estomac. Ce n'est pas qu'on n'ait beaucoup écrit sur ces affections; mais les recherches étant difficiles, et les opinions les plus diverses ayant été soutenues, on a peine à découvrir la vérité, au milieu de tant d'assertions contradictoires. Les idées théoriques n'ont pas peu contribué, dans ces derniers temps, à obscurcir la question. On sait, en effet, que Broussais et ceux qui ont embrassé sa doctrine ont résumé presque toutes les maladies dans une affection de l'estomac. Ces idées se sont répandues avec d'autant plus de facilité, que la théorie était simple et professée avec éclat. Mais l'étude des faits n'a pas tardé à prouver combien cette manière de voir était erronée. Elle nous a montré, en effet, que, loin d'être le point de départ le plus fréquent des affections aiguës, l'estomac n'était presque toujours affecté que secondairement, et que, dans les cas rares où il en était autrement, son inflammation était loin de réveiller de nombreuses sympathies, comme on l'avait avancé. Il a donc fallu recommencer sur de nouveaux frais l'étude de ces maladies, dont, par conséquent, il nous a été difficile de rassembler un grand nombre d'observations. Cependant, à force de persévérance et de travail, nous sommes parvenu à réunir une quantité de documents précis plus grande que nous ne l'avions d'abord espéré, et c'est à l'aide de ces documents que nous allons nous efforcer d'apporter dans l'histoire des affections de l'estomac plus de clarté qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

qu'il fait de la médecine symptomatique; ce sont, prétend-il, des états *organo-pathologiques* qu'il traite. Mais cet abus de langage ne peut tromper personne; on verra, en effet, que ces prétendus états organo-pathologiques ne sont autre chose que les principaux symptômes de la maladie.

Ainsi donc un praticien sage se contentera d'employer la percussion comme moyen auxiliaire dans un certain nombre de cas; il le fera avec ménagement, sans faire prendre au malade des postures bizarres, et sans prolonger l'examen outre mesure, comme le font quelques personnes; il n'aurait pas, pour agir ainsi, l'excuse d'une utilité incontestable.

[ Les annotateurs de ce livre doivent prévenir le lecteur qu'ils ont légèrement modifié l'ordre et les dénominations adoptés par Valleix dans la précédente édition, et qu'ils ont ajouté plusieurs chapitres dont l'addition était nécessaire pour que ce livre continuât à se tenir au courant de la science.

La division primitive était la suivante : *hémorrhagie de l'estomac*, *embarras gastrique*, *gastrite simple aiguë et chronique*, *ramollissement blanc de l'estomac*, *ramollissement gélatiniforme*, *perforation de l'estomac*, *ampliation morbide de ce viscère*, *gastralgie*, *gastrorrhée*, *indigestion*, *vomissement nerveux*. On verra que, sans nous écarter précisément de cet ordre, nous avons fondu ensemble plusieurs chapitres, et que nous avons insisté principalement sur la *dyspepsie* et sur l'*ulcère* simple *de l'estomac;* nous avons cru devoir dire quelques mots de l'*inanition* et des *vomissements incoercibles*. ]

Quant au *hoquet*, que quelques auteurs regardent comme symptomatique d'un état de l'estomac, que d'autres rattachent aux affections de l'œsophage, et dans lequel d'autres ne voient qu'une convulsion des muscles inspirateurs, nous l'avons décrit tome II, page 2, au chapitre des *Névroses*, et cela avec d'autant plus de raison, qu'il n'est souvent que le symptôme d'une autre névrose.

## ARTICLE Ier.

### INDIGESTION.

On est bien loin d'être d'accord sur ce qu'il faut entendre par le mot *indigestion*, et l'on conçoit facilement cette divergence d'opinions, lorsqu'on songe combien sont fréquentes les maladies dans lesquelles les fonctions gastriques s'accomplissent mal. En France, on désigne communément par ce mot la suspension accidentelle et passagère du travail digestif survenant dans l'état de santé ou de maladie. Mais sous les noms d'*apepsie*, *dyspepsie*, *bradypepsie*, bien des auteurs ont décrit les différents troubles fonctionnels de l'estomac, que quelques auteurs ont voulu rattacher tous à l'indigestion. C'est ainsi, par exemple, que M. Todd (1), sous cette dernière dénomination, fait entrer les divers états morbides de l'estomac que nous avons fait connaître sous les noms d'*embarras gastrique*, *gastrite*, etc. Cette manière d'envisager la question est évidemment vicieuse. Sans doute, dans toutes ces affections, les digestions sont souvent nulles ou impossibles; mais ce n'est pas là ce qui constitue ces affections elles-mêmes; elles ont d'autres symptômes qui les caractérisent.

D'autres auteurs ont été même jusqu'à rattacher l'indigestion à des maladies d'autres organes, et en particulier des poumons et du cerveau. Cette trop grande généralisation ne pourrait avoir que des inconvénients dans la pratique; c'est pourquoi je ne décrirai sous le nom d'*indigestion* que ces phénomènes accidentels qui, survenant rapidement pour se dissiper de même, peuvent être considérés comme une maladie tout à fait à part. Pour expliquer ma pensée, je prends deux exemples : Si chez un sujet bien portant, avec ou sans cause connue, les troubles fonctionnels de l'estomac sont plus ou moins complétement suspendus, après le repas, il y a indigestion; il en serait de même chez un sujet affecté d'une autre maladie, si des aliments ayant été pris intempestivement, en trop grande quantité

(1) *Cyclopædia of practical medicine.*

ou dans des conditions particulières, la digestion, précédemment possible, s'arrêtait tout à coup. Ainsi limitée, la question me paraît offrir une solution à la fois plus facile et plus pratique.

L'indigestion a été divisée en *gastrique* et en *intestinale*, en *complète* et *incomplète*, en *simple* et *compliquée*. Il est très difficile de s'assurer si la première partie de cette division est parfaitement juste. Nous ne possédons pas, en effet, de bonnes observations d'indigestion. C'est une de ces maladies que l'on a fréquemment occasion d'observer, qui le plus souvent sont simples, dont le traitement est en général très facile, et qui, par conséquent, ne fixent pas d'une manière très particulière l'attention des médecins. Il est certain, d'après ce que nous pouvons voir tous les jours, qu'il existe des cas assez nombreux où, sans vomissements, sans troubles extrêmement marqués de l'estomac, on voit survenir, dans le cours de la digestion, des symptômes tranchés du côté de l'intestin : ce sont des coliques, des déjections alvines abondantes, le rejet par l'anus de matières mal digérées, etc. D'un autre côté, il n'est pas douteux qu'il ne se passe dans le duodénum des actes nécessaires à l'accomplissement de la digestion; mais si l'on examine très attentivement les faits, on voit que, dans l'immense majorité des cas, c'est dans l'estomac lui-même que la digestion se fait mal; puis les matières mal digérées, âcres, acides, gagnant l'intestin, elles y produisent des phénomènes beaucoup plus frappants qu'elles n'avaient pu en déterminer dans l'estomac, et ces phénomènes attirent seuls l'attention. Je crois donc pouvoir placer l'indigestion parmi les maladies de l'estomac, sauf à dire quelques mots en particulier des cas dans lesquels les troubles de l'intestin sont beaucoup plus marqués que ceux du ventricule.

Quant à l'indigestion complète et incomplète, cette division, qui n'est fondée que sur le degré de la maladie, ne paraît pas beaucoup plus importante. Et d'abord il faut mettre de côté ces indigestions incomplètes habituelles, dues à un trouble nerveux de l'estomac, qui ont été décrites plus loin sous le nom de *digestions laborieuses* ou *dyspepsies*. Elles constituent, en effet, un état pathologique qui, ainsi que nous l'avons dit plus loin, se rapproche beaucoup plus de la gastralgie. Quant aux indigestions incomplètes accidentelles, elles ne diffèrent des précédentes que parce qu'à un moment donné l'estomac et les intestins reprennent leurs fonctions sans qu'il y ait eu de vomissements ni d'évacuations alvines.

Enfin, nous ne croyons pas devoir admettre la distinction de l'indigestion simple et de l'indigestion compliquée. Pour moi, il n'y a que des indigestions simples, l'état de maladie dans lequel se trouvent les sujets n'ôtant à l'accident, tel que je le considère, rien de son caractère purement nerveux. Que chez un sujet affecté d'une affection chronique il survienne, par exemple, sous une influence quelconque, une indigestion complète, cette affection ne diffère nullement, ni pour les symptômes ni pour la marche, de l'indigestion survenant chez les sujets bien portants ; les suites seules peuvent être différentes.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Pour nous donc l'*indigestion* est la suspension des fonctions digestives chez un sujet qui auparavant digérait convenablement. Nous ne nions pas toutefois que dans beaucoup d'autres circonstances il n'existe une véritable indigestion; mais il

est nécessaire pour la pratique d'établir la distinction que nous proposons ici.

On a désigné la maladie qui nous occupe sous le nom de *dyspepsie*. On l'a fait entrer dans ce que l'on a appelé *læsa alimentorum coctio ;* on lui a donné le nom de *vomissement*, à cause du principal symptôme, etc.

Il est inutile de signaler la *grande fréquence* de cette affection, puisqu'il n'est personne qui ne sache qu'elle se produit journellement dans les circonstances les plus variées.

## § II. — Causes.

Les *causes* de l'indigestion sont très nombreuses et très diverses. Il suffit quelquefois de la cause la plus légère pour suspendre complétement la digestion, et parfois même on ne sait à quoi attribuer cette suspension. Il serait beaucoup trop long d'énumérer toutes les causes qui ont été admises, et d'ailleurs, sous le rapport pratique, il est infiniment moins important qu'on ne pourrait le croire de rechercher un certain nombre de ces causes. Nous allons indiquer rapidement celles qu'il est le plus nécessaire de connaître.

### 1° Causes prédisposantes.

Parmi les *causes prédisposantes*, on range d'abord le *grand âge*. On sait, en effet, que dans les hospices de vieillards les indigestions sont fréquentes ; mais, d'un autre côté, nous trouvons au nombre des causes prédisposantes la *chute des dents* et la gêne qui en résulte pour la mastication. Cette circonstance, qui se rencontre chez les vieillards, peut avoir au moins autant de part à l'indigestion que le défaut d'activité de l'estomac.

Les *états nerveux divers*, l'*affaiblissement* par une cause quelconque, les *excès vénériens*, des *travaux intellectuels* trop prolongés, prédisposent également aux indigestions. Il en est de même des *affections de longue durée* qui détériorent la constitution, et de la *convalescence* des maladies graves qui laissent les fonctions gastriques dans un état de faiblesse souvent remarquable.

### 2° Causes occasionnelles.

Ce sont surtout les *causes occasionnelles* qui sont nombreuses et variées. Il suffit, pour produire l'indigestion, d'une *émotion vive*, de la *vue* ou du *souvenir d'un objet dégoûtant*, d'un *travail inaccoutumé* surtout après le repas, d'*excès vénériens*, etc., en un mot, de quelques-unes de ces causes que nous avons rangées parmi les prédisposantes, et qui, agissant d'une manière rapide et passagère, deviennent occasionnelles. On a vu l'indigestion survenir par suite de changements brusques de température, par le séjour dans un lieu trop échauffé, etc.

Quant aux *matières ingérées*, il est à peine nécessaire de dire que trop d'aliments ou de boissons est la principale cause des indigestions. Il est rare que l'ivresse, portée à un très haut point, ne s'accompagne pas des symptômes de cet accident. *Certains aliments*, comme le lard, les choux, etc., la produisent plus facilement que les autres. Il en est de même de *certaines boissons*, comme le cidre nouveau, le vin nouveau et tourné, etc. Quelquefois il suffit de l'ingestion d'une *substance inaccoutumée*, d'une glace, par exemple, surtout pendant le travail de la diges-

tion, pour suspendre complétement cette fonction. Il en est de même de quelques médicaments, et surtout des *narcotiques*.

Nous croyons devoir passer très rapidement sur cette étiologie, parce qu'elle est parfaitement connue de tout le monde. Nous ajoutons seulement que, dans plusieurs circonstances, il faut évidemment une grande prédisposition pour que l'indigestion se produise. Qui n'a observé de ces cas où un repas modéré, pris avec plaisir, et composé de substances d'une facile digestion, a été, sans aucune cause appréciable, suivi d'une indigestion violente? Dans ces cas, il existe une perturbation nerveuse dont la cause nous échappe évidemment.

### § III. — Symptômes.

Ce n'est, comme tous les auteurs l'ont remarqué, qu'un certain temps après le repas (ordinairement plusieurs heures) que se manifeste l'indigestion. Elle ne se produit pas tout à coup, mais commence par un malaise général, une espèce d'abattement, de langueur, dont les malades ne découvrent pas toujours facilement la cause. Plus tard, les symptômes se dessinent mieux. Du côté de l'estomac, on éprouve, non une véritable douleur, mais de la *pesanteur*, la *sensation d'une barre*, une *plénitude* pénible, et parfois une sensation de *chaleur*. Bientôt survient un *dégoût* plus ou moins marqué. L'idée des aliments se présente souvent à l'esprit et est désagréable. Puis viennent des *nausées*, des *hoquets*, des *rapports*, quelquefois acides, plus souvent fétides, et exhalant, en particulier, une odeur d'œufs pourris.

Si l'on examine alors l'*épigastre*, on le trouve tendu, plus ou moins gonflé; mais la pression exercée sur cette région n'est pas douloureuse, si ce n'est dans quelques cas exceptionnels. Souvent les malades la compriment, dans le but de se soulager.

La *percussion* fait reconnaître certains signes importants : parfois il y a un grand développement de gaz, et alors le son est tympanique dans une très grande étendue. Il occupe, en effet, l'épigastre, l'hypochondre gauche, et peut descendre jusqu'à l'ombilic et au-dessous. Les matières non digérées donnent alors un son mat dans un point limité ; car souvent il suffit d'une médiocre quantité d'aliments et de boissons, avec un dégagement considérable de gaz, pour produire tous les symptômes de l'indigestion. D'autres fois, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, les aliments et les boissons accumulés sont en très grande quantité; alors la matité occupe presque tout l'épigastre et l'hypochondre gauche, et le son tympanique est nul, ou n'existe que dans une très petite étendue, au point le plus élevé de la région épigastrique.

Lorsque l'estomac est très fortement distendu, cette gêne, ce sentiment de plénitude que nous avons signalés, peuvent se transformer en une *véritable douleur*, et même en une douleur très violente. Nous avons signalé des cas de ce genre à propos de la *rupture de l'estomac* qui est la conséquence d'une indigestion.

Pendant que ces symptômes se manifestent, on en observe d'autres du côté des autres fonctions. Ainsi le *pouls* est faible, parfois concentré, plutôt lent qu'accéléré; la *respiration* est quelquefois gênée, surtout lorsque l'estomac est très fortement distendu. Quelques sujets éprouvent de la *céphalalgie*, des *douleurs contusives*

*dans les membres*, etc. On observe aussi une légère augmentation de la chaleur de la peau, à moins que les nausées ne soient très fortes ; car alors il se produit le même refroidissement qui se montre pendant l'action de l'émétique. Chez quelques sujets, il y a une congestion cérébrale plus ou moins marquée, et c'est là ce que l'on appelle, à tort, *indigestion apoplectique.*

Comme nous l'avons dit plus haut, tous ces symptômes peuvent se terminer sans vomissements et même sans déjections alvines très notables. Cependant ce dernier cas est rare. Lorsque les troubles de l'estomac ont été portés au degré que nous venons d'indiquer, il survient ordinairement, lors du passage des aliments mal digérés dans le tube intestinal, des accidents plus ou moins graves : ce sont des *borborygmes* ; des *déjections alvines abondantes*, souvent avec ardeur à l'anus, ce qui annonce l'âcreté des matières rendues ; et tout rentre dans l'ordre lorsque les aliments et les boissons mal digérés ont été rejetés par cette voie. Telle est, ainsi que nous l'avons dit plus loin, l'indigestion à laquelle on a donné le nom d'*intestinale* (1).

Ordinairement la série des symptômes précédemment indiqués se termine par des *vomissements*. Les malades eux-mêmes sentent que le vomissement seul peut les soulager ; aussi le provoquent-ils très fréquemment. Les *matières rejetées* sont acides, âcres, brûlent en passant l'arrière-gorge ; elles exhalent une odeur aigre très prononcée, qui néanmoins peut être sensiblement modifiée par la nature des aliments qu'on a pris. Ceux-ci se retrouvent plus ou moins reconnaissables, au milieu des boissons, qui elles-mêmes se distinguent parfois facilement. Ainsi le vin rouge conserve sa couleur et son apparence, quoique son acidité soit souvent extrême. Parfois les vomissements, et surtout les premiers, sont extrêmement douloureux. Cette douleur est due à la fois à la contraction brusque de l'estomac longtemps distendu et à celle du diaphragme ; mais la contraction de l'estomac est surtout douloureuse, et la preuve c'est que, dans les vomissements suivants, la douleur n'existe plus ou est beaucoup moins forte. Il est rare que l'estomac, en se débarrassant par les vomissements des aliments non digérés, n'en chasse pas une partie dans l'intestin ; aussi les déjections alvines liquides, abondantes, âcres, sont-elles la suite presque nécessaire de ces vomissements.

Dès que la cause matérielle qui causait l'indigestion a été rejetée au dehors, tout rentre ordinairement dans l'ordre. Cependant on voit quelquefois une légère douleur épigastrique, une faible irritation intestinale, du dégoût pour les aliments, succéder à cet état violent ; mais ces symptômes ne tardent pas à se dissiper, et au bout de quelques heures, quelquefois deux ou trois jours, le malade se retrouve dans l'état où il était avant son indigestion.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement aiguë. Nous avons vu, en effet, que les digestions laborieuses qui affectent certains sujets pendant un temps très long doivent être considérées à part.

La *durée* n'est ordinairement que de quelques heures. Si elle se prolonge plus

(1) Voy. Mérat, *Dictionnaire des sciences médicales*, art. INDIGESTION.

longtemps, c'est que le vomissement est très difficile, ou qu'on n'a pas cherché à le provoquer.

Quant à la *terminaison*, elle est presque toujours heureuse. On a cité cependant des cas où des sujets ont succombé dans le cours d'une indigestion ; cette terminaison fatale a surtout été observée chez des individus dont la constitution était détériorée par une maladie chronique et chez les convalescents. La mort peut-elle être causée par le simple obstacle que la dilatation de l'estomac apporte à la respiration en refoulant le diaphragme et les poumons? Cette opinion, qui appartient à M. Piorry, n'est nullement fondée sur les faits. Lorsque l'indigestion est portée au plus haut degré, il y a des troubles généraux qui appartiennent à toute autre chose qu'à un obstacle mécanique, et qui ne doivent pas être négligés.

### § V. — Lésions anatomiques.

L'ouverture des cadavres n'a rien fait connaître d'important. La dilatation de l'estomac, une grande quantité de matières liquides et solides accumulées dans cet organe, un peu d'injection de sa muqueuse et de celle de l'intestin, la distension par le sang du système circulatoire, telles sont les altérations les plus dignes de remarque.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

De toutes les maladies de l'estomac que nous avons précédemment indiquées, il n'en est aucune qu'il soit utile de rapprocher de l'indigestion sous le point de vue du diagnostic. Parmi celles qu'il nous reste encore à étudier, il en est au contraire quelques-unes qui méritent d'attirer notre attention, parce qu'on pourrait facilement les confondre avec une indigestion.

C'est d'abord le *choléra-morbus sporadique ;* mais nous croyons devoir renvoyer à ce diagnostic pour la description que nous avons donnée précédement de cette maladie. Puis l'*étranglement interne :* cette affection diffère de celle dont nous nous occupons par la douleur violente limitée à un point de l'abdomen, par l'absence des garderobes, par la nature des vomissements, qui ne consistent que dans le rejet d'une petite quantité de matières et quelquefois de matières fécales, tandis que dans l'indigestion il y a rejet d'une plus ou moins grande quantité d'aliments et de boissons non digérés; enfin, par le défaut de soulagement après les vomissements, signe distinctif important, puisque dans l'indigestion le soulagement est des plus marqués.

On a pensé que la *colique hépatique* pourrait en imposer pour une simple indigestion; mais les phénomènes sont si différents, que ce diagnostic ne paraît pas avoir une importance réelle : au reste, nous aurons occasion d'y revenir quand nous traiterons des maladies du foie.

L'indigestion dite *apoplectique* pourrait-elle en imposer pour une véritable *congestion cérébrale* et même pour une *apoplexie?* Il faut reconnaître que les cas où il pourrait en être ainsi sont au moins très rares; les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit, c'est-à-dire à la suite d'un repas copieux ou de l'ingestion d'aliments indigestes, etc., l'état de l'épigastre que l'on constatera par la percussion, suffiront pour lever tous les doutes.

Reste enfin l'*empoisonnement ;* c'est là un des points les plus difficiles du diagnostic de l'indigestion. Si l'on ne peut avoir des renseignements qui mettent sur la voie, il est très rare que dès l'abord l'empoisonnement ne soit pris pour une simple indigestion ; mais la suite ne tarde pas à prouver qu'il y a quelque chose de plus. Les vomissements ne soulagent pas, ou ne soulagent que très peu ; ils persistent, deviennent souvent très fréquents, de telle sorte que la plus petite quantité de liquide ingérée est immédiatement rejetée. Ce n'est pas là ce qu'on observe dans l'indigestion, où, après un certain nombre de vomissements, le soulagement est très notable, les boissons sont prises avec plaisir et facilement gardées. Nous ne pouvons donner ici qu'un diagnostic général ; on ne saurait, en effet, entrer dans les détails qu'en prenant chaque empoisonnement en particulier, et c'est ce que nous ferons dans l'article consacré aux divers empoisonnements.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

#### 1° *Signes distinctifs de l'indigestion et de l'étranglement interne.*

| INDIGESTION. | ÉTRANGLEMENT INTERNE. |
|---|---|
| Douleur ou simple pesanteur *à l'épigastre.* | Douleur vive, soit spontanée, soit à la pression, *limitée à un autre point* de l'abdomen. |
| Vomissements *abondants de matières mal digérées*, ou selles *liquides*, *abondantes.* | Vomissements *muqueux*, *bilieux*, *ou de matières fécales*, fréquents et *peu abondants. Pas de selles.* |
| *Soulagement* très marqué après un ou plusieurs vomissements. | *Pas de soulagement* après les vomissements. |

#### 2° *Signes distinctifs de la congestion cérébrale et de l'indigestion apoplectique (apoplexie gastrique).*

| INDIGESTION APOPLECTIQUE. | CONGESTION CÉRÉBRALE. |
|---|---|
| *Survient* ordinairement après un repas copieux. | *Survient* dans d'autres circonstances. |
| *Tension*, saillie, matité étendue de l'*épigastre.* | *Épigastre* à l'état normal. |

#### 3° *Signes distinctifs de l'indigestion et de certains empoisonnements considérés en général.*

| INDIGESTION. | EMPOISONNEMENTS. |
|---|---|
| *Grand soulagement* après les vomissements. | *Peu ou point de soulagement* après les vomissements. |
| *Boissons* facilement gardées après les vomissements. | Souvent irritation gastrique qui fait rejeter la plus petite quantité de *boissons.* |

Nous répétons que ces diagnostics devront être complétés à l'occasion des diverses maladies qu'on pourrait prendre pour une simple indigestion.

*Pronostic.* — Dans l'immense majorité des cas, l'indigestion se termine promptement d'une manière favorable. Nous avons dit cependant, à l'article *Rupture de l'estomac*, quel terrible accident peut en être la conséquence. Si donc l'état d'anxiété devenait extrême et se prolongeait outre mesure, on devrait craindre pour

la vie du malade. L'indigestion dite apoplectique est beaucoup plus grave que l'indigestion ordinaire. Ajoutons enfin une considération importante : la gravité de l'indigestion dépend beaucoup de l'état dans lequel se trouvaient les malades au moment où elle est survenue. Tout le monde sait le danger qu'elle peut avoir dans la convalescence des maladies graves. Ce danger, on l'a peut-être exagéré ; mais il n'en existe pas moins. Il est également évident dans le cours des maladies chroniques qui ont profondément altéré la constitution.

### § VII. — Traitement.

Le *traitement* de l'indigestion est bien simple et ne demande pas de grands développements. S'il n'existe que de l'embarras à la région épigastrique, avec rapports acides ou nidoreux, le vomissement provoqué par *le doigt porté dans le pharynx* et la *titillation de la luette* à l'aide des barbes d'une plume, suffisent pour faire cesser promptement tous les symptômes. L'ingestion d'un ou de plusieurs *verres d'eau tiède* favorise notablement ces manœuvres.

Si les symptômes sont plus graves, si le malaise est très considérable, l'anxiété très grande et les efforts de vomissement impuissants, l'administration du *tartre stibié* à la dose de 5 à 10 centigrammes, de l'*ipécacuanha* à celle de 1 à 2 grammes, remplit promptement l'indication.

Si, malgré ces moyens, les accidents persistent, si la douleur est extrême, si l'épigastre est tendu, si l'anxiété est à son comble, il ne faut pas oublier que la rupture de l'estomac est à craindre, et l'on ne doit pas hésiter à mettre en œuvre la *pompe stomacale* ou la *seringue munie d'une large canule élastique* (1).

Lorsque les coliques et les déjections alvines se manifestent, on les calme par l'emploi des *lavements laudanisés*, des *cataplasmes arrosés de laudanum* sur l'abdomen, de simples lavements d'eau de *guimauve*, de *tête de pavot*, etc. Il n'est utile de recourir à ces moyens que dans les cas où les symptômes intestinaux sont violents et persistants.

On a justement banni la *saignée* du traitement de l'indigestion considérée en général. Il est néanmoins des cas où elle est utile. Ce sont ceux qui prennent cette forme désignée sous le nom d'*apoplexie gastrique*. Mais alors on traite des accidents particuliers qui ont leur danger propre et dont le traitement a été exposé avec détail dans la description des affections cérébrales. MM. Gaultier de Claubry (2) et Chauffart (3) ont cité des faits où les émissions sanguines ont eu des avantages évidents.

Si, au lieu de présenter des accidents aussi marqués, l'indigestion ne se manifestait que par de légers troubles, les infusions de *thé*, de *camomille*, de *feuilles d'oranger*, suffiraient pour rétablir l'intégrité des fonctions gastriques.

(1) Voy. l'art. *Rupture de l'estomac*.
(2) *Observations sur l'utilité de la saignée dans certains cas d'indigestion* (*Recueil de la Société de médecine*, t. XIII).
(3) *Œuvres de médecine pratique*. Paris, 1848, t. I, p. 469.

## ARTICLE II.

### EMBARRAS GASTRIQUE.

Cette affection est décrite dans les auteurs d'une manière si vague, qu'il est très difficile de s'en faire une juste idée. Les anciens, qui, sous les noms de *dyspepsie*, de *fièvre gastrique*, de *fièvre bilieuse*, réunissaient un certain nombre de maladies différentes, faisaient nécessairement entrer dans leurs descriptions une foule de symptômes qu'il faut aujourd'hui rapporter à d'autres affections. Les modernes, sans tomber absolument dans cette confusion, ont tellement négligé d'étudier la maladie d'après l'observation, qu'ils n'ont point pu parvenir à en tracer exactement les limites. On a été même jusqu'à nier l'existence de l'embarras gastrique, et à en faire une variété de la *gastrite chronique*. M. Roche (1) a, tout récemment encore, émis cette opinion. Cependant il arrive tous les jours dans les hôpitaux, et il est très fréquent de voir en ville, des malades affectés de symptômes très bien caractérisés qu'on ne peut point rapporter à une véritable gastrite, et qui cèdent très promptement au traitement évacuant. Cette affection a donc une physionomie propre; elle ne peut être confondue avec aucune autre, et sa marche rapide, aiguë, ne permet pas de la rattacher à la gastrite chronique. Il faut par conséquent, de toute nécessité, en tracer à part la description et en indiquer le traitement particulier.

Nous avons dit plus haut qu'on n'avait pas, en général, demandé à l'observation les documents nécessaires pour étudier l'embarras gastrique; on s'est contenté, presque toujours, de le décrire d'après des souvenirs ou d'après des descriptions antérieures. Le peu de gravité de cette maladie explique cette négligence, qui n'en est pas moins fâcheuse, puisqu'elle nous laisse dans le doute sur un grand nombre de questions importantes. Cependant il faut dire que M. Martin-Solon a fixé son attention sur ce sujet d'un manière un peu plus précise, et surtout qu'il s'est attaché à recueillir les faits propres à éclairer les principaux points de l'histoire de l'embarras gastrique. Nous aurons recours dans cet article au mémoire qu'il a publié sur cette affection (2).

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Les lésions qui constituent l'embarras gastrique ne nous étant pas connues, et les descriptions des auteurs étant, comme nous l'avons dit, très variables, il est assez difficile de donner une définition exacte de la maladie. Cependant, d'après les faits que nous avons consultés, nous croyons devoir adopter la suivante : L'embarras gastrique est une affection caractérisée principalement par la perte de l'appétit, une saveur amère ou fade à la bouche, un sentiment de plénitude dans l'estomac, du malaise, de la céphalalgie, et la rapidité avec laquelle ces symptômes cèdent aux évacuants. D'après la plupart des autres auteurs, il existerait plusieurs

(1) *Nouv. éléments de path. méd.-chir.*, 4e édit. Paris, 1844, t. I, p. 455.
(2) *Gazette médicale de Paris*, 1836, p. 241.

autres symptômes caractéristiques; mais on verra dans la description suivante que ces symptômes sont loin d'être essentiels.

L'embarras gastrique fait partie, comme nous l'avons dit plus haut, des affections connues sous les noms de *fièvre gastrique bilieuse*. Il a encore été désigné sous les noms d'*état saburral*, *muqueux*, *saburres de l'estomac*, *embarras bilieux*, *fièvre gastrite saburrale*, etc. J. Frank le décrit, avec plusieurs autres affections mal définies, sous le nom de *febris saburralis secundaria*. Enfin nous citerons encore les noms de *febris stomachica*, de *saburral Fieber* des Allemands, et de *febbre gastrica* des Italiens.

On n'a point cherché à déterminer d'une manière précise la *fréquence* de l'embarras gastrique; mais le grand nombre de cas qui, chaque année, s'offre aux médecins, prouve suffisamment qu'elle est fort grande. Nous chercherons plus loin s'il est possible de savoir quelles sont les époques de l'année où cette fréquence augmente.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

Il est impossible, d'après les observations, de dire s'il y a réellement des causes prédisposantes de l'embarras gastrique. Cependant les auteurs n'ont pas hésité à en admettre un certain nombre. Pour eux l'*été* et l'*automne*, et, suivant quelques-uns, le *printemps*, sont les saisons où cette affection se montre principalement. D'après les impressions générales, on peut dire que l'embarras gastrique paraît plus fréquent vers la *fin de l'été*.

L'habitation dans les *lieux froids et humides*, la *mauvaise nourriture*, les *vêtements insuffisants*, un *travail qui dépasse les forces*, sont encore des causes dont l'existence est généralement admise; mais on sent combien les recherches sur ce point laissent à désirer, car on a eu presque toujours en vue les classes pauvres, dans lesquelles ces circonstances se trouvent constamment réunies; de telle sorte qu'en agissant ainsi, on pourrait les donner comme causes de toutes les maladies.

La *vie sédentaire*, les *travaux d'esprit* et les *veilles prolongées*, sont également rangés dans cette classe de causes. L'embarras gastrique ayant pour symptômes principaux les troubles de la digestion, on est naturellement porté à admettre l'influence de ces causes, sans toutefois pouvoir en tracer les limites.

Les *passions vives*, les *fortes émotions morales*, ont aussi trouvé leur place dans cette liste. Sans nous prononcer d'une manière positive sur ce point, remarquons que, dans une observation rapportée par M. Martin-Solon, l'embarras gastrique s'est manifesté immédiatement après une *grande frayeur*. D'ailleurs nous savons quelle est l'influence des fortes émotions sur les fonctions de l'estomac.

Pour ce qui concerne les *excès habituels* soit dans le régime, soit dans les rapports sexuels, ainsi que la *tristesse prolongée*, nous ne pouvons que les signaler ici en l'absence des renseignements nécessaires.

Quant à l'*âge*, au *sexe*, à la *constitution* et au *tempérament*, on n'a point fait de recherches suffisantes. Voici cependant ce qui résulte de quinze observations empruntées à M. Martin-Solon :

Les observations ayant été prises dans un hôpital où l'on n'admet que des adultes, ne nous apprennent rien de bien précis relativement à l'*âge*. Toutefois on

roit que tous les âges admis s'y trouvent représentés. On a dit que la *vieillesse* ;disposait principalement à cette affection, qui, en effet, est très fréquente à la lpêtrière et à Bicêtre, hospices de vieillards.

Sur 14 individus dont le *sexe* est indiqué dans les observations de M. Martin-lon, 9 étaient des *femmes*. C'est là un renseignement qu'il faut noter, quoique chiffres ne soient pas assez considérables pour fixer notre opinion.

La *constitution* des malades était généralement forte. Chez le plus petit nombre llement, le *tempérament* est indiqué comme *bilieux* ou *bilioso-sanguin*.

### 2° Causes occasionnelles.

Nous ne sommes guère plus instruits sur les causes occasionnelles, et cela encore ıte d'observations convenablement recueillies. On admet que la plupart des uses précédemment mentionnées peuvent, lorsqu'elles surviennent brusque-ent, donner naissance à l'embarras gastrique. Ainsi un *excès inaccoutumé*, l'u-ge des *viandes indigestes*, ou d'autres aliments difficilement supportés par l'es-mac; une *indigestion* produite par quelque cause que ce soit, telles sont les incipales causes excitantes assignées à cette maladie. Disons toutefois qu'on a aucoup exagéré l'influence de ces causes, en rangeant parmi elles l'emploi d'une ultitude de substances alimentaires dont on fait chaque jour impunément usage. oit-on, par exemple, avec Joseph Frank, dire que les œufs durs, le pain récem-ent cuit, les melons, etc., sont des causes réelles d'embarras gastrique? On est autant moins autorisé à le dire, que cet auteur se voit forcé lui-même de connaître l'existence d'une *constitution annuelle inconnue*, ce qui prouve que s causes occasionnelles ne sont pas aussi faciles à déterminer. Ajoutons qu'on voit uvent des individus être atteints de cette maladie *sans avoir rien changé à leur gime habituel.*

## § III. — Symptômes.

C'est surtout dans la description des symptômes qu'on éprouve une grande diffi-ulté à se renfermer dans des limites bien précises. Nous avons vu, en effet, plus aut, que l'embarras gastrique avait été rapporté à un grand nombre d'états diffé-nts : il en résulte qu'on a trouvé des embarras gastriques avec une fièvre forte et rolongée; avec des accidents intestinaux plus ou moins graves; avec des troubles rébraux, comme dans l'épidémie de Tecklembourg, décrite par Finke en 1776 (1); ec des accidents fébriles intermittents ou rémittents, comme dans l'épidémie de ausanne, observée par Tissot en 1755 (2); un un mot, avec les symptômes les lus variés. Quant à moi, je vais, d'après les observations que j'ai pu rassembler, acer un tableau rapide de l'état auquel on peut sans contestation donner le nom '*embarras gastrique*, et l'on verra que cette maladie est beaucoup plus simple ue ne l'ont pensé ces auteurs, qui, sous ce nom, ont évidemment décrit la plupart es affections fébriles graves ou légères.

Un symptôme capital, et qui s'observe dès le *début* de la maladie, est une *ano-*

(1) *Hist. de l'épidémie bilieuse qui eut lieu dans le comté de Tecklembourg*, trad. par ugol. Paris, 1815, in-8.

(2) *Dissertatio de febribus biliosis*. Lausanne, 1780, in-12.

*rexie* presque toujours complète. Souvent même il existe le *dégoût* le plus prononcé pour les aliments. Ce symptôme n'a manqué dans aucun des cas observés par M. Martin-Solon.

En même temps les malades se plaignent d'un *goût* tantôt *amer*, tantôt *fade*, tantôt *tout particulier*, mais toujours fatigant et désagréable. La *bouche* est *pâteuse*, et les malades font fréquemment une espèce de mouvement de déglutition, comme pour la débarrasser d'une substance collante qui les incommode. La *langue* est couverte d'un *enduit* plus ou moins épais, que les auteurs ont désigné sous le nom d'*enduit saburral* ou *limoneux ;* il est blanc, ou blanc jaunâtre. M. Martin-Solon a constaté, dans un certain nombre de cas, que l'*haleine* présentait une *fétidité* particulière, à laquelle on a donné le nom d'*haleine saburrale.*

Des *nausées* viennent parfois se joindre à ces symptômes. M. Martin-Solon les a constatées d'une manière positive chez six des sujets qu'il a observés. Plus rarement ce sont des *rapports aigres* ou *nidoreux*. Il est moins fréquent encore d'observer dans l'embarras gastrique ces *vomissements* que nous indiquerons plus loin comme symptômes caractéristiques de la *gastrite*. M. Martin-Solon n'a noté qu'une seule fois le vomissement de matières alimentaires, et une autre fois le rejet de matières amères. Chez un sujet, des *régurgitations bilieuses* sont mentionnées.

Du côté de la *région épigastrique*, nous trouvons, dans la moitié des cas environ, une certaine *anxiété*, de la *gêne*, du malaise, mais *point de véritable douleur ;* cependant, chez trois sujets observés par M. Martin-Solon, il y a eu une douleur spontanée assez notable, et l'on pourrait se demander si dans ces cas il existait une gastrite ; mais c'est un point que nous examinerons plus tard (1). La région épigastrique s'est montrée *indolente à la pression* toutes les fois que ce moyen d'exploration a été mis en usage, ce qui malheureusement a été trop souvent négligé.

Quant à la *soif*, jamais elle n'a été notée comme étant vive dans les observations, tandis que, dans certains cas, au contraire, on a constaté qu'elle était nulle.

Le *ventre*, bien conformé, ne présente point de douleur, soit spontanée, soit provoquée. La *constipation*, dans les observations que nous avons rassemblées, s'est montrée d'une manière constante. Il y a eu, il est vrai, dans le cours de la maladie, quelques selles liquides, mais c'est à l'influence du traitement qu'il faut les attribuer. Cependant la plupart des auteurs ont admis comme symptômes de l'embarras gastrique, des selles fréquentes, diarrhéiques, soit muqueuses, soit bilieuses, suivant l'espèce de la maladie. C'est à l'observation ultérieure à nous éclairer définitivement sur ce point ; mais, en attendant, on doit reconnaître que ce symptôme est beaucoup plus rare que l'on ne pourrait le croire d'après la description des auteurs.

Quel est, au milieu de tous ces symptômes, l'*état de la circulation ?* Sur les 15 sujets que nous avons cités plus haut, il en est 7 dont le *pouls* est toujours resté à l'état *normal ;* chez les autres, il y a eu un *mouvement fébrile*, caractérisé principalement par l'accélération du pouls ; mais dans tous les cas la fièvre a été très modérée, de très courte durée, et à cédé facilement aux moyens dirigés contre

(1) Voy. art. *Gastrite*.

elle. Le mouvement fébrile n'est donc pas un symptôme essentiel de l'embarras gastrique, et lorsqu'il existe, il n'a qu'une médiocre importance. Une seule fois, en effet, le nombre des pulsations s'est élevé à 104, une autre à 94, et dans les autres il n'a pas dépassé 80.

On a encore donné comme appartenant en propre à l'embarras gastrique une *céphalalgie* frontale gravative qui ne se dissipe ordinairement que lorsque, à l'aide d'un traitement convenable, on a fait cesser la maladie. Il n'est pas de médecin qui n'ait eu occasion de noter l'existence de cette céphalalgie ; malheureusement, lorsqu'il s'agit de déterminer sa fréquence, on est embarrassé à cause de l'insuffisance des observations. M. Martin-Solon ne l'a signalée que dans deux cas. Dans les autres elle n'a pas attiré son attention, si ce n'est dans un où il a signalé son absence.

A ces symptômes se joignent dans quelques cas, un malaise général, de la *courbature*, le brisement des membres, rarement un peu *d'insomnie*.

L'*état de la face* est encore un point sur lequel les auteurs ont insisté. On a indiqué comme propre à l'embarras gastrique, décrit sous le nom d'*embarras bilieux*, la coloration jaunâtre des lèvres et des sclérotiques, et surtout du trait naso-labial. M. Martin-Solon n'a signalé cet état qu'une seule fois ; dans un autre cas, la face était légèrement injectée. Ainsi donc, quoiqu'il soit certain que cet état de la face se montre dans l'embarras gastrique, nous ne pouvons pas dire dans quelle proportion des cas.

Nous n'avons point parlé, dans cette description, de la *salivation*, des *aphthes*, du *hoquet*, des *douleurs des hypochondres*, et d'un certain nombre d'autres symptômes mentionnés par les auteurs, parce que ces phénomènes, qui ne se montrent que dans un très petit nombre de cas, et qui sont tout à fait secondaires, n'ont pas été signalés dans les observations que nous avons rassemblées.

Quant aux *urines*, elles étaient presque toujours *rares et sédimenteuses*, et cela même dans des cas que l'on pouvait rapporter à cette forme d'embarras gastrique désignée sous le nom de *pituiteuse* ou *muqueuse*, et dans laquelle, suivant quelques médecins, les urines sont pâles et sans sédiment.

*Formes de l'embarras gastrique.* — Devons-nous maintenant décrire séparément les diverses formes que l'on a cru voir dans l'embarras gastrique ? Les auteurs ne s'étant pas expliqués sur ce point avec précision, on ne peut établir une pareille division sur des bases solides. Disons seulement que dans les cas où la bouche est fade, où la face est pâle ou naturelle, et où les matières vomies n'ont ni coloration jaune ni amertume, on dit qu'il y a *embarras gastrique muqueux ou pituiteux ;* que dans ceux, au contraire, où la face est jaunâtre, la bouche amère, les évacuations bilieuses, on dit qu'il y a *embarras gastrique bilieux.* Cette distinction n'a aucune importance pour le traitement.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'embarras gastrique est, comme nous l'avons dit plus haut, aiguë et généralement rapide. Lorsque les malades, sans employer le traitement évacuant, se mettent aux boissons acidulées, au repos et à la diète, il est ordinaire de voir cette affection se dissiper au bout de huit ou dix jours. Mais s'ils veulent se

forcer à prendre des aliments, à travailler; en un mot, s'ils ne prennent aucune précaution hygiénique, la maladie peut se prolonger notablement, comme on le voit dans les observations de M. Martin-Solon, où des sujets sont entrés à l'hôpital après vingt et vingt-sept jours de maladie. C'est sans doute cette prolongation des symptômes qui a fait croire à des auteurs que l'on pouvait rapprocher l'embarras gastrique de la gastrite chronique.

Nous venons d'indiquer la *durée* de la maladie dans les cas les plus ordinaires, et lorsque le traitement par les évacuants n'est pas mis en usage. Nous verrons à l'article du traitement combien les moyens de ce genre abrégent cette durée.

Quant à la *terminaison*, elle est constamment heureuse, et les médecins même qui ont confondu l'embarras gastrique avec d'autres états plus graves ont attribué la mort, dans le cas où elle est survenue, non pas à cet embarras gastrique lui-même, mais à une fièvre grave dont l'affection qui nous occupe n'a été que le prélude. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer qu'en pareil cas on a pris pour de simples symptômes d'embarras gastrique les signes d'une autre affection à son début, et que par conséquent il y a eu erreur de diagnostic.

### § V. — Lésions anatomiques.

Nous venons de dire que la terminaison de l'embarras gastrique est constamment heureuse; il s'ensuit donc qu'on n'a jamais pu constater l'état de l'organe malade, et que l'on ne peut rien dire sur les lésions anatomiques qui soit le résultat de recherches positives. Mais, d'après la nature des symptômes, peut-on présumer celle des lésions? Plusieurs médecins, se fondant sur les troubles de la digestion, sur la douleur qui existe quelquefois à l'épigastre, sur le léger mouvement de fièvre que l'on observe dans certains cas, n'ont pas hésité à voir, dans l'embarras gastrique, une véritable gastrite à un très faible degré d'intensité. Mais rien n'autorise à admettre l'existence d'une inflammation. Sauf les troubles de la digestion, les autres symptômes que nous venons de mentionner manquent dans un bon nombre de cas, et en outre nous verrons plus loin un simple vomitif faire promptement disparaître tous les accidents, ce qui ne paraît pas s'accorder avec l'existence d'une gastrite. Toutefois reconnaissons que ces raisons ne sont pas péremptoires, que ce sont de simples présomptions, et suspendons notre jugement jusqu'à ce que des faits positifs viennent, si la chose est possible, nous éclairer sur ces questions obscures.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Si l'on admettait comme de véritables embarras gastriques les diverses maladies décrites par les auteurs, on éprouverait des difficultés insurmontables à établir le diagnostic. On comprend donc facilement l'incertitude dans laquelle la plupart d'entre eux se sont trouvés lorsqu'il s'est agi de distinguer l'affection qui nous occupe de toutes celles qui peuvent s'en rapprocher. En renfermant la maladie dans les limites que nous lui avons assignées, la question devient moins insoluble: mais elle ne laisse pas de présenter encore des difficultés considérables. Rappelons-nous que M. Louis (1) nous a dit qu'ayant voulu comparer les cas d'embarras

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde.* Paris, 1841.

gastrique avec ceux de gastrite, il a été obligé d'y renoncer, tant il a éprouvé de difficulté à distinguer ces deux affections. Cela prouve qu'il est un certain nombre de cas qui se rapprochent tellement, qu'on chercherait en vain à les séparer; cela prouve aussi peut-être que l'embarras gastrique est sur la limite de la gastrite véritable, et ce ne serait pas là un faible argument pour ceux qui attribuent cette affection à une inflammation de l'estomac. Il est cependant un assez bon nombre de cas suffisamment tranchés pour que le diagnostic puisse être établi. Quant à ceux qui restent indécis, c'est à l'observation ultérieure à chercher quels sont les signes propres à les caractériser.

C'est d'abord de la *gastrite légère* qu'il importe de distinguer avec soin l'embarras gastrique. Or les signes différentiels qui ont été invoqués par les auteurs sont bien loin d'avoir la valeur qu'on leur a attribuée. Voici, en effet, le résumé que nous en ont donné les auteurs du *Compendium* (1). « On peut, disent-ils, confondre avec l'embarras gastrique la gastrite légère; mais, dans cette dernière affection, la langue est rouge, nette, la soif vive, la sensibilité de l'épigastre plus marquée, les *envies de vomir moins opiniâtres;* la saveur amère, le malaise général, la céphalalgie moins prononcés. La *constipation*, l'exaspération des symptômes par l'effet d'un vomitif, achèveront de faire reconnaître la gastrite. » Il y a assurément bien des inexactitudes dans cette appréciation des symptômes, comme on le verra mieux encore quand nous aurons tracé la description de la gastrite. La rougeur de la langue n'est nullement un signe de la gastrite; il n'est pas exact de dire que les envies de vomir sont moins opiniâtres dans cette affection, car c'est précisément le contraire. Quant à la constipation, elle est, comme nous venons de le voir, un symptôme de l'embarras gastrique aussi bien que de la gastrite, et au lieu de dire que l'exaspération des symptômes de cette dernière a lieu par l'effet d'un vomitif, il eût été mieux de dire que la prompte amélioration déterminée par ce moyen dans l'embarras gastrique est un des meilleurs signes différentiels. Pour nous donc, ce qui distingue l'embarras gastrique de la gastrite, c'est la céphalalgie frontale, l'amertume, la fadeur de la bouche, la grande rareté des vomissements bilieux, qui sont au contraire fréquents dans la gastrite; le peu de douleur à l'épigastre, surtout sous la pression, et enfin l'absence de fièvre, dans un certain nombre de cas, et sa faible intensité dans les autres. Ces signes différentiels paraîtront bien plus positifs quand nous aurons fait l'histoire de la gastrite.

Nous renvoyons aux articles *Ramollissement de l'estomac* et *Gastrite chronique* le diagnostic différentiel de ces affections et de l'embarras gastrique. Quant à la *gastrorrhée*, qui, ainsi que nous le verrons plus loin, est presque toujours un symptôme de la *gastralgie*, elle se distingue suffisamment de l'embarras gastrique par les vomissements de matières blanches et filantes, qui ont lieu presque toujours le matin, par la conservation de l'appétit, et par sa chronicité.

Reste une affection dont il est bien plus difficile de distinguer l'embarras gastrique : c'est la simple *courbature*, accompagnée ou non de cette *fièvre éphémère* qui peut faire craindre d'abord le développement d'une maladie grave, et qui se dissipe si promptement sous l'influence du repos et du régime. Dans ces cas, en effet, l'appétit est plus ou moins diminué, il y a même quelquefois dégoût pour les ali-

(1) Tome II, art. *Embarras gastrique.*

ments. Cette question de diagnostic est donc importante; mais il serait prématuré de la traiter maintenant : nous croyons devoir la renvoyer aux articles consacrés à la courbature et à la fièvre éphémère, où nous étudierons avec soin les faits que nous aurons pu rassembler. Pour le moment donc, il suffira de présenter en tableau le diagnostic différentiel de l'embarras gastrique et de la gastrite aiguë légère.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

*Signes distinctifs de l'embarras gastrique et de la gastrite aiguë légère.*

| EMBARRAS GASTRIQUE. | GASTRITE AIGUE LÉGÈRE. |
|---|---|
| Saveur *amère*, fade, désagréable. | Saveur *amère et désagréable nulle* ou *peu prononcée*. |
| *Gêne* dans la région épigastrique *plutôt que douleur; dégoût* pour les aliments. | *Douleur épigastrique* spontanée et à la pression; *point de dégoût* pour les aliments. |
| Nausées rares; vomissements bilieux *plus rares* encore. | Nausées; vomissements bilieux *répétés*. |
| Céphalalgie frontale *persistante*, *souvent très incommode*. | Céphalalgie *moins persistante*, *moins incommode*, et en rapport avec le mouvement fébrile. |
| Fièvre *nulle* ou très légère. | Fièvre presque toujours *assez marquée*. |

*Pronostic.* — Ce que nous avons dit de la terminaison constamment heureuse de la maladie nous dispense de nous occuper du pronostic.

### § VII. — Traitement.

Si l'on renferme l'embarras gastrique dans les limites que nous lui avons assignées, le traitement devient extrêmement simple; il ne s'agit, en effet, que d'employer presque exclusivement la méthode évacuante. Les auteurs n'ont pas agi ainsi, et c'est peut-être là la cause de l'extrême confusion qui règne dans l'histoire de l'embarras gastrique. Pour eux, en effet, il faut rechercher s'il y a eu écart de régime, excès de table; si l'estomac a été irrité ou longtemps débilité, etc. Mais on voit facilement qu'ils ont appliqué le traitement et à des indigestions, et à des gastralgies anciennes, et même à de véritables gastrites. On peut dire, d'une manière certaine, que toutes les fois que l'existence d'un véritable embarras gastrique a été bien établie, les vomitifs en ont promptement triomphé. Cette circonstance seule suffirait pour faire une maladie à part de l'état dont il est ici question.

*Vomitifs.* — On administre très fréquemment aux adultes le *tartre stibié* à la dose de 5 centigrammes dans un demi-verre d'eau, pris en une fois; si l'on veut employer cette substance chez les enfants, on la donnera en potion, ainsi qu'il suit :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Eau distillée de tilleul.. | 120 gram. | Sirop de sucre.............. 25 gram. |
| Tartre stibié......... | 0,10 gram. | |

A prendre par cuillerées, de dix minutes en dix minutes, jusqu'à production de quatre ou cinq vomissements.

Il est essentiel de mettre dans la potion une dose un peu élevée de tartre stibié, parce qu'elle n'agirait pas assez vite, et que presque toujours les enfants, dès que les nausées se manifestent, refusent obstinément de nouvelles doses de la potion.

Mais, d'un autre côté, il faut surveiller l'administration du médicament, de crainte que les évacuations ne soient trop abondantes.

Beaucoup de médecins préfèrent le tartre stibié à l'*ipécacuanha*, parce que les effets de cette dernière substance sont plus infidèles ; d'autres, au contraire, regardent l'ipécacuanha presque comme un spécifique dans les cas d'embarras gastrique ; de ce nombre est M. Marlin-Solon, qui le prescrit à la *dose de* 1,25 *gramme ou de* 2 *grammes suivant les cas*. On fait prendre ce médicament en poudre, et en deux ou trois fois, dans une cuillerée d'eau ou de tisane.

Il est impossible de se prononcer d'une manière très positive sur la préférence à accorder aux divers vomitifs ; toutefois il faut dire que l'essentiel est de produire le vomissement, et que par quelque substance qu'il ait été provoqué, il est suivi d'un prompt rétablissement. Dans les observations recueillies par M. Martin-Solon, le traitement, lorsque l'embarras gastrique était simple, a varié de deux à trois jours ; et ce qu'il importe de noter, c'est que, parmi ces cas, il en est plusieurs où l'on voit le début de la maladie remonter à quinze et vingt-cinq jours. Dans plusieurs, aussi, les évacuations sanguines avaient été pratiquées sans succès.

*Purgatifs.* — Nous avons vu que la constipation était un symptôme ordinaire de l'embarras gastrique ; il n'est presque jamais nécessaire de combattre ce symptôme, qui cesse immédiatement après l'effet du vomitif. S'il en était autrement, des *purgatifs* légers comme l'eau de Sedlitz, la *limonade magnésienne*, 15 grammes de sulfate de soude dans un verre d'eau, 30 grammes d'huile de ricin, triompheraient de la constipation en même temps qu'ils feraient disparaître les dernières traces de l'embarras gastrique, s'il en restait encore.

*Émissions sanguines.* — Un peu de douleur existant à la région épigastrique et un léger mouvement fébrile ayant pu faire croire à une inflammation de l'estomac, on a fréquemment employé les émissions sanguines. C'est presque toujours les *sangsues*, appliquées à l'épigastre, au nombre de quinze à trente, qui sont mises en usage. Si nous examinons, dans le but d'apprécier la valeur de ce traitement, les observations que nous avons rassemblées, nous voyons que ces applications de sangsues ont eu parfois pour effet de diminuer ou de faire disparaître la douleur épigastrique ; mais il faut noter avec soin que, dans aucun cas, elles n'ont réussi à dissiper les symptômes propres à l'embarras gastrique. On ne devra donc y avoir recours que dans le cas où la douleur sera vive, ne point insister sur leur usage, et arriver promptement à l'emploi des vomitifs, si efficaces en pareil cas.

*Régime.* — Pendant le cours de la maladie, la *diète* est nécessaire, et dans presque tous les cas, le dégoût des malades pour les aliments les porte à s'y soumettre eux-mêmes. Mais dès qu'on a triomphé de la maladie, l'appétit se réveille, et l'on peut sans crainte prescrire des aliments légers. C'est ainsi que, dans le plus grand nombre des cas, dès le lendemain de l'administration du vomitif, on a pu accorder des potages et donner une alimentation plus substantielle le jour suivant. On augmente ensuite rapidement l'alimentation, sans qu'on ait à craindre l'irritation de l'estomac, dont il y a quelques années encore on avait une si grande frayeur.

Il est inutile de donner des ordonnances et de présenter un résumé pour un traitement si simple.

## ARTICLE III.

### GASTRORRHAGIE (*hématémèse*).

Le vomissement de sang a été étudié dès la plus haute antiquité. On peut déjà en trouver une indication dans les écrits d'Hippocrate (1) : Arétée, Galien, Cælius Aurelianus, en ont fait la description ; mais on s'aperçoit bientôt, en lisant les travaux de ces auteurs, que leur diagnostic n'était pas très précis. La description d'Hippocrate, en particulier, est telle, qu'on n'est pas même sûr que ce soit véritablement du sang qui ait été rejeté par le vomissement. A une époque plus rapprochée de nous, on a étudié la question avec plus de précision. Ainsi, Plater (2) et F. Hoffmann (3) ont cherché à établir une distinction entre la gastrorrhagie, sur laquelle Henri Habeer (*Obs. med.*) avait déjà insisté ; mais c'est surtout depuis le commencement de ce siècle qu'on a fait des efforts pour arriver à déterminer d'une manière positive le siége de l'hémorrhagie. Il faut dire néanmoins que nous ne possédons sur cette affection aucun travail fait avec une exactitude rigoureuse ; en sorte que, malgré les nombreuses dissertations auxquelles elle a donné lieu, on éprouve d'assez grandes difficultés dans sa description. C'est en rassemblant un certain nombre d'observations que nous avons surtout cherché à étudier les points obscurs.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Un grand nombre d'auteurs ont décrit, sous le nom d'*hématémèse*, toutes les hémorrhagies dans lesquelles le sang est rejeté par le vomissement. Par le titre que nous avons donné à cet article, nous avons indiqué qu'avec les auteurs les plus récents, nous circonscrivions davantage la maladie. Nous ne voulons traiter, en effet, ici que de l'hémorrhagie qui a sa source dans l'estomac, soit que le sang soit rejeté par le vomissement, soit qu'il s'accumule dans l'organe, soit qu'il soit rendu par les selles.

Cette affection, décrite par les auteurs latins sous le nom de *vomitus niger*, *morbus niger Hippocratis*, *vomitus cruentus*, *vomitus sanguineus*, *hematemesis*, et qui a reçu des noms analogues dans les langues modernes, est plus particulièrement désignée aujourd'hui sous celui de *gastrorrhagie*, qui lui est seul applicable. Panarolus lui avait donné le nom de *cholera sanguinea*, à cause des vomissements et des déjections alvines abondantes qui ont lieu dans plusieurs cas.

La gastrorrhagie est une affection beaucoup *moins fréquente* que l'épistaxis et l'hémoptysie ; cependant nous verrons plus loin qu'elle est due à un assez grand nombre de causes différentes, et c'est là, sans doute, la raison qui fait qu'on ne l'a pas étudiée avec autant de soin que ces deux hémorrhagies ; car on n'a pas pu en rassembler un nombre suffisant de cas semblables. Cependant on trouve dans la science une grande quantité d'observations qui s'y rapportent ; mais les longues recherches auxquelles il faut se livrer pour les réunir ont découragé la plupart des

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré. Paris, 1851, t. VII. *Des maladies*, livre II.
(2) *Praxeos medicæ*, obs. lib. III.
(3) *Opera omnia*, suppl. II, *De vomitu cruento*. Genève, 1760.

auteurs. J. Frank s'est, il est vrai, livré à ces recherches ; mais n'ayant point fait une analyse exacte des observations, et ayant confondu dans le même article la gastro et l'entérorrhagie, ou, en d'autres termes, l'hématémèse et le melæna, il n'a pu en présenter une description bien claire et bien précise.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

*Age.* — Suivant J. Frank (1), les *enfants*, et même les *nouveau-nés*, seraient prédisposés à l'hématémèse. Cet auteur a indiqué plusieurs exemples de cette affection chez les nouveau-nés, qu'il a empruntés à Stork, Vogel, Schmitt, etc. ; mais bien que ces citations soient multipliées, on se demande si ce ne sont pas là des faits exceptionnels qui ont été recueillis par les auteurs à cause de leur rareté. Ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est que les médecins qui se sont spécialement occupés des maladies de la première enfance n'ont pas consacré d'article spécial à la gastrorrhagie. Quant à nous, pendant trois ans que nous avons observé les affections des nouveau-nés, nous n'en avons pas vu un seul exemple.

D'après les observations connues dans la science, c'est chez les adultes, et principalement de quarante à cinquante ans, que s'est montrée la gastrorrhagie. Suivant P. Frank (2), il est rare de voir un exemple d'hématémèse chez un vieillard sexagénaire ; mais cette proposition aurait besoin d'être fondée sur des recherches plus exactes et sur des chiffres considérables.

Relativement au *sexe*, il faut distinguer les cas. Si, en effet, il s'agit de l'hémorrhagie gastrique sans lésion de l'organe, on la trouvera plus fréquemment chez les *femmes* qui présentent la *gastrorrhagie supplémentaire des menstrues*. Si, au contraire, il est question de l'hémorrhagie symptomatique d'une affection de l'estomac, on n'a plus de données aussi précises, et tout ce que l'on peut dire d'une manière générale, c'est que les exemples cités se rapportent plus souvent aux *hommes*.

Il est bien plus difficile encore de déterminer avec quelque précision la valeur de certaines causes prédisposantes admises par les auteurs ; il suffit donc de les énumérer. Ce sont le *tempérament pléthorique* suivant les uns, et *bilieux* suivant les autres ; la *vie sédentaire*, les *maladies du cœur*, d'après Morgagni (3) et Dalmazzone ; les *fièvres intermittentes* mal guéries, suivant l'opinion de Latour (4). Il est inutile de faire remarquer à quel point l'existence de ces causes est encore hypothétique. Il en est de même, et à plus forte raison, de la *direction vicieuse des côtes* et des *anomalies de l'artère cœliaque* signalées par Jos. Frank.

Dans un certain nombre de cas, on a admis l'existence d'une *disposition innée* aux hémorrhagies, et même, s'il faut en croire l'auteur d'un mémoire publié dans les *Travaux de l'Académie de Toulouse*, la gastrorrhagie s'est montrée sous forme *épidémique*. On voit combien il y a encore de recherches à faire sur ce sujet.

(1) *Praxeos med.*, p. 111, vol. I, sect. II, p. 527, *De hematemesi et morbo nigro Hippocratis*.
(2) *Traité de médecine pratique*, trad. par Goudareau. Paris, 1842, t. I, p. 327.
(3) *De causis et sedibus morborum*, epist. XXX.
(4) *Hist. phil. et méd. des hémorrh.* Orléans, 1815.

### 2° Causes occasionnelles.

Il est assez important d'étudier les causes occasionnelles de la gastrorrhagie, parce que c'est sous le point de vue de l'étiologie qu'un certain nombre de divisions ont été suivies dans la description de la maladie. Malheureusement les observations sont bien insuffisantes sous ce rapport. Sur 27 que nous avons rassemblées, 18 seulement indiquent la cause occasionnelle, et les faits étant très variés sous ce point de vue, il en résulte que les renseignements n'ont pas de valeur réelle. Toutefois il y a ceci de remarquable dans les observations dont il s'agit, que presque toutes sont des exemples d'une *altération de l'estomac* ayant donné lieu à la rupture d'un vaisseau, ou bien d'une *suppression de règles.* Parcourons maintenant les causes nombreuses mentionnées par les auteurs.

On a mis en première ligne les *violences exercées sur l'épigastre.* On trouve, en effet, quelques exemples de ce genre dans les auteurs, et Plater, entre autres, a vu une gastrorrhagie assez abondante survenir immédiatement après une *contusion de l'abdomen.* Vogel dit même que les violences exercées sur le fœtus pendant l'accouchement peuvent provoquer chez lui une hématémèse. Ce qu'il y a de certain, c'est que les cas dans lesquels les choses se passent de cette manière sont au moins fort rares. Les *contusions de la poitrine* ont-elles jamais produit le même effet? C'est ce qui n'est point démontré, quoiqu'on l'ait prétendu. Nous en dirons autant des *efforts* faits pour soulever un fardeau, bien que J. Frank ait cité deux exemples à l'appui de cette proposition. Il n'est pas, en effet, parfaitement démontré que l'hémorrhagie eût son siége dans l'estomac plutôt que dans les poumons. Les mêmes réflexions s'appliquent aux observations données comme exemples de vomissements de sang *pendant l'accouchement.*

On a avancé que *l'action des vomitifs et des drastiques* pouvait produire la gastrorrhagie : mais J. Frank, qui admet cette manière de voir, ne cite pas de faits bien probants. Nous nous bornerons à en signaler un seul, parmi ceux qu'il a cités (1). Il est incontestable sans doute que le vomissement de sang a été dans ce cas provoqué par l'émétique : mais on en trouve facilement la raison dans l'existence d'un ulcère ayant son siége aux environs du pylore et envahissant le pancréas. De cette manière on conçoit que le vomitif produise quelquefois la gastrorrhagie, car il peut donner lieu à la rupture d'un vaisseau. En est-il de même des *purgatifs drastiques?*

Les substances *emménagogues*, celles qui sont administrées pour provoquer l'avortement, et plusieurs autres médicaments, ont encore été citées comme pouvant occasionner l'hémorrhagie de l'estomac; mais on ne saurait se prononcer avant d'avoir des observations plus précises que celles que nous possédons.

Des *corps étrangers*, tels que des os, des pièces de monnaie, etc., introduits dans l'estomac, ont pu, en ulcérant cet organe, donner lieu à des hémorrhagies mortelles. Parmi les observations de ce genre, il n'en est pas de plus concluantes que celles qui ont été citées par Schultzer (2) et par Revolat (3).

(1) *Miscell. nat. cur.*, dec. III, ann. 7 et 8, obs. 143.
(2) *Act. Acad. nat. cur. ephem.*, vol. III, p. 307.
(3) *Annales de la Soc. de médecine de Montpellier*, t. IV.

Ce qu'il y a de remarquable dans le cas cité par Schultzer, c'est que, malgré toutes les investigations, on n'a point trouvé dans la plaie faite à l'estomac par l'os ingéré, d'artériole qui ait pu donner lieu à la gastrorrhagie.

On a cité encore des exemples d'hématémèse causée par la présence des *vers intestinaux* dans l'estomac, Latour en a rapporté une observation ; mais il serait utile que de semblables faits fussent multipliés. L'introduction d'une *sangsue* dans l'estomac a été quelquefois la cause de cet accident. Nous citerons à ce sujet un exemple rapporté par le docteur Van der Bach (1). L'observation fut prise chez un soldat qui eut à plusieurs reprises des vomissements de sang très abondants, vomissements qui cessèrent immédiatement après l'expulsion, par la bouche, d'une sangsue vivante. Le sujet déclara qu'il allait assez souvent boire la nuit dans un ruisseau. Rivière et quelques autres avaient déjà cité de semblables faits. On se demande seulement si, dans ce cas, l'hémorrhagie ne venait pas tout simplement du pharynx ou de l'œsophage.

M. le docteur Defermon (2) a publié une observation d'hématémèse produite par l'*inspiration du gaz hydrogène carboné.*

Nous passerons rapidement sur un grand nombre de causes dont l'existence n'est nullement démontrée, comme la présence d'*insectes* dans l'estomac ; l'abus des *boissons alcooliques ;* l'*impression du froid* sur le corps en sueur*;* les *émotions morales ;* la *course*, les *cris*, etc., pour arriver à la *suppression des flux sanguins*, cause très importante.

Déjà Amatus Lusitanus et Salmutus (3) avaient signalé comme donnant lieu au vomissement de sang la *suppression* des hémorrhagies, surtout des *menstrues.* Les auteurs qui les ont suivis ont insisté sur ce point, et les faits qui viennent à l'appui de cette proposition se sont beaucoup multipliés. Parmi les vingt-sept observations dont j'ai déjà parlé, il en est cinq dans lesquelles cette cause a été constatée, et il y a cela de remarquable, que dans tous ces cas l'affection a eu une issue heureuse. Cependant nous verrons à l'article *Pronostic* qu'il ne faut pas regarder toujours ces cas comme ayant peu de gravité. La suppression des autres flux sanguins mérite aussi d'être mentionnée, quoiqu'elle soit infiniment plus rare que la suppression des règles.

On a voulu rapprocher de cette suppression des flux la *guérison trop rapide des divers fonticules* ou *des ulcères anciens.* On a cité principalement, à ce sujet, une observation de Rhodius (4), dans laquelle l'hémorrhagie est survenue à la suite de la cicatrisation d'un *ulcère de la jambe ;* mais on sent combien ces renseignements sont insuffisants ; car on ne peut savoir s'il n'existait pas également une maladie organique de l'estomac, et s'il y a eu autre chose qu'une simple coïncidence. La même réflexion s'applique à la *suppression de la salivation,* à la *guérison trop rapide de la teigne,* etc.

On a vu quelquefois la gastrorrhagie survenir pendant la *grossesse ;* c'est ce qu'on a observé dans deux cas que j'ai réunis pour éclairer la question qui nous occupe.

(1) *Archives gén. de méd.*, t. XVI, p. 554.
(2) *Bulletin des sciences méd.*, de Férussac, 1827.
(3) Cent. II, *hist.* 24.
(4) Cent. II, obs. 65.

Il se produit alors quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans la suppression des règles.

### 3° Conditions organiques.

Viennent maintenant les causes que l'on pourrait nommer *causes organiques*, ou, suivant quelques-uns, causes prochaines. Je ne veux point parler sans doute de la *surabondance du sang admise* par certains auteurs, de l'*épaississement de ce liquide*, de *l'obstruction des vaisseaux*, du *passage du sang du pancréas dans le duodénum, et du duodénum dans l'estomac*, suivant la théorie de Sylvius et d'Ettmuller. A peine mentionnerai-je l'opinion de Christiern Weissbach (1), qui regardait comme favorisant le vomissement, dans la suppression des règles, la *communication de la veine porte avec les veines de l'utérus;* mais je dirai quelques mots de l'*état du sang*, des *obstacles au cours de ce liquide* et surtout des *lésions organiques* qu'on a fréquemment trouvées dans l'estomac.

Dans certaines affections, où une altération du sang a été soit démontrée, soit seulement supposée, on a observé des hématémèses parfois abondantes. Ce sont les vomissements de sang notés dans le *scorbut*, la *fièvre jaune*, la *peste;* mais ces hémorrhagies n'ont en ce moment, pour nous, qu'un intérêt secondaire, parce que leur description a sa place ailleurs. Il n'en est pas de même de l'hémorrhagie dite *constitutionnelle*, qui, dans certains cas, s'est montrée dans plusieurs points du corps en même temps que dans l'estomac. Ces gastrorrhagies ont en effet un grand intérêt; mais des recherches différentes n'ont pas été faites sur l'état du sang dans les cas de ce genre.

Quant aux *obstacles mécaniques* au cours du sang, nous n'avons pas de faits concluants qui mettent hors de doute leur existence.

Restent enfin, comme je l'ai dit plus haut, les *lésions organiques*. Celles-ci consistent presque toutes dans une *érosion* de l'estomac, le plus souvent cancéreuse, érosion qui a atteint une artère et presque toujours l'artère coronaire. Les faits de ce genre sont aujourd'hui nombreux dans la science. Parmi les vingt-sept observations que nous avons rassemblées, neuf en offrent des exemples, et l'on en a présenté plusieurs à la Société anatomique. Cependant il peut arriver que l'érosion de l'artère soit produite par un *ulcère de nature non cancéreuse*. M. Louis en a observé un exemple d'autant plus remarquable, que l'ulcération était d'une petite étendue, et n'avait intéressé qu'une artériole de l'estomac. Il faut quelquefois examiner avec une certaine attention cet organe, pour y découvrir la lésion dont il s'agit; c'est ce qui doit nous rendre plus scrupuleux relativement aux diverses causes assignées par les anciens auteurs à la gastrorrhagie, et nous faire élever des doutes sur les nombreuses gastrorrhagies essentielles citées dans les recueils. M. le docteur Sunnan (2) a observé, chez un homme de vingt-sept ans, une hématémèse mortelle produite par la *rupture d'une des branches cardiaques de l'artère coronaire de l'estomac*. Les vomissements de sang eurent lieu à plusieurs reprises dans l'espace d'environ trente-six heures.

Nous avons dit plus haut que c'était d'après l'étiologie qu'on avait principalement

(1) *Cura omnium morb.*, *De vomitu cruento.*
(2) *Monthly Journ. of med. sciences*, août 1846.

établi les divisions de l'hématémèse. Il importe donc de signaler ici celles qui ont été le plus généralement admises. M. Martin-Solon (1) divise le vomissement de sang en *idiopathique*, qui comprend l'hématémèse *succédanée*, l'hématémèse *critique ;* et en *splanchnique*, c'est-à-dire qui est due à une *altération de l'estomac*, laquelle peut être divisée en *spontanée traumatique ;* en outre, cet auteur admet une *hématémèse simulée.* Dans le *Dictionnaire de médecine*, la gastrorrhagie est divisée en deux genres, suivant qu'il y a simple *exhalation du sang* ou *rupture d'un vaisseau.*

Quant à M. Andral (2), voici les causes prochaines de la gastrorrhagie admises par lui : 1° un *obstacle mécanique* à la circulation de la veine porte ; 2° une *irritation* de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; 3° une *congestion sanguine*, qui n'est ni mécanique, comme dans le premier cas, ni déterminée par un travail d'irritation évidente, comme dans le second ; 4° certains *états du sang* lui-même, dans lesquels il est modifié de telle sorte qu'il tend de toutes parts à s'échapper de ses voies normales. Il n'est pas difficile de voir que cette division est bien loin d'être satisfaisante. D'abord l'observation n'a pas mis hors de doute l'existence de la première cause. Quant à la seconde, s'il est vrai, comme le dit M. Andral, que certains poisons corrosifs produisent une hématémèse, c'est là une irritation toute particulière qui ne doit pas nous occuper ici. La congestion sanguine est un effet, et non une cause. Il ne nous reste donc que la quatrième espèce admise par tout le monde et remarquable surtout dans les cas d'hémorrhagies dites constitutionnelles.

Comme toutes les hémorrhagies, la gastrorrhagie a été divisée en *active* et en *passive ;* mais il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de trouver l'application de cette division dans la pratique. Nous indiquerons plus loin les caractères auxquels on a cru reconnaître l'existence de ces deux espèces.

En résumé donc, nous ne devons admettre d'autres divisions que les suivantes : hémorrhagie *par exhalation* ou sans lésion appréciable des tissus de l'estomac (3) ; hémorrhagie *par érosion* ou *ulcération.* Mais faudra-t-il, dans la description suivante des symptômes, avoir égard à cette division ? Nous ne le pensons pas, parce que, pour le pathologiste, les phénomènes ne diffèrent pas sensiblement. Cependant, en étudiant les symptômes des maladies chroniques dans lesquelles se produit quelquefois la gastrorrhagie, nous ferons voir ce qui distingue l'hémorrhagie par lésion profonde des tissus.

[ L'hémorrhagie de l'estomac est un symptôme d'une importance capitale dans l'ulcère de l'estomac. Voyez cet article. ]

### § III. — Symptômes.

Les auteurs ont presque tous décrit de la même manière les symptômes de l'hémorrhagie gastrique, et il semble, en lisant leurs descriptions, que les documents

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. HÉMATÉMÈSE.
(2) *Anat. pathologique*. Paris, 1829.
(3) Nous devons redire ici que les cas de ce genre sont fort rares, et que la plupart des faits cités comme exemples sont fort peu concluants. Nous avons d'abord pensé à étudier séparément ces faits ; mais les observations sont si insuffisantes, que nous avons dû y renoncer.

auxquels ils ont pu puiser sont très exacts et très précis; mais si, au lieu de se contenter de ces descriptions générales, on examine les faits, on voit bientôt qu'il est assez difficile d'avoir des renseignements positifs. Examinons d'abord les symptômes précurseurs assignés à cette hémorrhagie.

*Symptômes précurseurs.* — Ils sont analogues à ceux des autres hémorrhagies. Ce sont : un sentiment de *chaleur à l'épigastre ;* une *gêne*, une *tension* inaccoutumée dans cette région ; quelquefois une *douleur* assez vive ; un état de *malaise*, d'*anxiété;* des *tiraillements* dans les lombes; un *trouble* plus ou moins marqué *des fonctions digestives;* un *goût de sang*, ou bien un *goût salé* à la bouche; et dans les hémorrhagies actives, la plénitude et l'élévation du *pouls*.

Si maintenant nous examinons les observations et si nous faisons abstraction des symptômes qui annoncent le début de l'hémorrhagie, voici ce que nous trouvons: Le sentiment de chaleur épigastrique, sur 23 cas que nous avons rassemblés, n'a été noté que deux fois. Quant à la tension, elle n'a pas été constatée plus souvent; il n'en est pas de même de la douleur qui se trouve mentionnée dans 8 observations, et qui dans quelques-unes était violente. Il faut remarquer toutefois que, dans 5 cas, il fallait rapporter cette douleur à l'existence d'une maladie chronique exaspérée, et non à la congestion qui précédait l'hémorrhagie. La perte de l'appétit, durant depuis plusieurs jours, a été mentionnée dans 4 cas dans lesquels il n'existait point de maladie chronique. Les troubles de la digestion, au contraire, peuvent se rapporter à l'existence de celle-ci; il en est de même des vomissements non sanglants et des nausées qui fatiguaient souvent les malades. Enfin, dans aucun cas il n'est fait mention d'un goût particulier à la bouche, et, chose remarquable, malgré l'insistance avec laquelle on a parlé de l'état du pouls comme signe précurseur de l'hémorragie, ses caractères ne sont nullement indiqués dans les observations.

On voit par là que nous sommes loin d'être fixés sur l'existence de ces signes précurseurs que certains auteurs ont sans doute décrits d'après quelques cas particuliers. Ce que nous savons bien, c'est que plusieurs fois l'hémorrhagie s'est produite brusquement, sans que rien pût en faire présager l'apparition.

Nous n'avons pas mentionné ici l'amaigrissement, le dépérissement et les autres symptômes de maladie chronique indiqués par quelques auteurs, parce que évidemment ce sont là les signes d'une affection organique préexistante qui n'appartiennent à aucun titre à la gastrorrhagie.

*Symptômes.* — Les symptômes de l'hémorrhagie elle-même n'ont pas été étudiés avec beaucoup plus de soin que les précédents. Ceux qui, suivant les auteurs, annoncent que le sang est exhalé à la surface de l'estomac ou versé dans sa cavité par un vaisseau ulcéré, sont à peu près les mêmes que ceux dont nous venons de parler, et avec lesquels on les a confondus; mais de plus on y a joint, comme signes d'hémorrhagie interne, les lipothymies, la pâleur, le refroidissement, la sueur froide et visqueuse qui couvre le corps, les horripilations, l'oppression et une douleur très vive à l'épigastre. Si l'on consulte les observations, on voit, en effet, que ces symptômes peuvent exister, mais qu'ils sont bien loin d'avoir été indiqués dans la majorité des cas. Ainsi la *douleur*, qui a manqué dans des cas où cependant le vomissement a été ensuite très abondant, est à peine notée chez deux sujets; il en est de même de la *sueur froide* et des autres signes que nous venons de men-

tionner. Ce n'est pas à dire pour cela, sans doute, que ces signes n'aient aucune valeur; mais on voit combien il serait important d'étudier sous ce rapport la gastrorrhagie mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Indiquons comme ayant été signalés quelquefois : un *sentiment de fluctuation à l'épigastre*, une agitation et une anxiété remarquables, des nausées, et cette *chaleur épigastrique* qui paraît se montrer bien plutôt comme signe d'hémorrhagie interne que comme symptôme précurseur.

La *matité* de l'épigastre viendrait sans doute se joindre aux signes que je viens d'indiquer, si l'on avait à examiner les malades au moment où l'hémorrhagie se fait dans l'estomac sans expulsion du sang au dehors; mais ce n'est guère qu'après un ou deux vomissements de sang qu'on est appelé à constater l'existence de ce signe, dont il sera plus amplement question tout à l'heure.

Le *vomissement de sang* lui-même a été mieux étudié : c'est lui, en effet, qui a presque exclusivement fixé l'attention des auteurs. Les signes indiqués plus haut s'étant montrés ou non, ayant cessé ou persistant encore, les malades sont pris d'abord de quelques *nausées*, puis ils rejettent, par des efforts de vomissement, et *sans toux*, une plus ou moins grande quantité de sang.

Cette *quantité* est extrêmement variable : c'est ainsi que, dans les observations, nous voyons des sujets en avoir rendu 13 à 15 kilogrammes en deux jours, tandis que d'autres en ont à peine rejeté un demi-kilogramme.

Il s'ensuit que la *violence* avec laquelle le sang est expulsé est également très diverse; ainsi certains sujets, après plusieurs efforts de vomissement, n'en rejettent que quelques gorgées, tandis que chez d'autres il sort à flots par la bouche et quelquefois par les narines.

La *couleur* du liquide n'est pas toujours la même. Très fréquemment elle est noire, ce qui indique, dans un certain nombre de cas, que le sang a séjourné dans l'estomac, mais ce qui dans d'autres peut tenir à ce qu'il a été exhalé avec cette couleur à la surface de la muqueuse. Chez quelques sujets, au contraire, le liquide est rouge et présente les caractères du sang artériel; c'est ce qu'on observe en particulier lorsque l'hémorrhagie est due à l'érosion d'une artère de l'estomac.

La *consistance* du sang est en rapport avec les caractères que nous venons d'indiquer. Ainsi, lorsqu'il est noir, il est ordinairement pris en caillots ou en grumeaux plus ou moins fermes; quelquefois, néanmoins, il reste fluide comme du sang décomposé. Peut-on, de ces caractères, tirer avec quelques auteurs une conclusion sur la nature du sang exhalé? Évidemment non, puisqu'il suffit d'un séjour plus ou moins long de ce liquide dans l'estomac pour qu'il présente des aspects très variables.

Dans plusieurs cas, parmi ceux que nous avons rassemblés, on a constaté le *mélange avec le sang de substances alimentaires* plus ou moins altérées par la digestion, ou réduites en pâte chymeuse. Il est probable que, si l'attention des observateurs avait été portée plus souvent sur ce point, on aurait plus fréquemment retrouvé ce mélange, dont l'existence est importante pour le diagnostic.

Quels sont maintenant les symptômes qui accompagnent le vomissement de sang? On ne peut évidemment, sous ce rapport, rien dire qui s'applique à tous les cas; car ces symptômes dépendent de circonstances très diverses : ainsi de l'abondance de l'hémorrhagie, de la frayeur du malade, de la facilité plus ou moins

ments. Cette question de diagnostic est donc importante; mais il serait prématuré de la traiter maintenant : nous croyons devoir la renvoyer aux articles consacrés à la courbature et à la fièvre éphémère, où nous étudierons avec soin les faits que nous aurons pu rassembler. Pour le moment donc, il suffira de présenter en tableau le diagnostic différentiel de l'embarras gastrique et de la gastrite aiguë légère.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

*Signes distinctifs de l'embarras gastrique et de la gastrite aiguë légère.*

| EMBARRAS GASTRIQUE. | GASTRITE AIGUE LÉGÈRE. |
|---|---|
| Saveur *amère*, fade, désagréable. | Saveur *amère et désagréable nulle* ou peu *prononcée*. |
| *Gêne* dans la région épigastrique *plutôt que douleur; dégoût* pour les aliments. | *Douleur épigastrique* spontanée et à la pression; *point de dégoût* pour les aliments. |
| Nausées rares; vomissements bilieux *plus rares* encore. | Nausées; vomissements bilieux *répétés*. |
| Céphalalgie frontale *persistante*, *souvent très incommode*. | Céphalalgie *moins persistante*, *moins incommode*, et en rapport avec le mouvement fébrile. |
| Fièvre *nulle* ou très légère. | Fièvre presque toujours *assez marquée*. |

*Pronostic.* — Ce que nous avons dit de la terminaison constamment heureuse de la maladie nous dispense de nous occuper du pronostic.

### § VII. — Traitement.

Si l'on renferme l'embarras gastrique dans les limites que nous lui avons assignées, le traitement devient extrêmement simple; il ne s'agit, en effet, que d'employer presque exclusivement la méthode évacuante. Les auteurs n'ont pas agi ainsi, et c'est peut-être là la cause de l'extrême confusion qui règne dans l'histoire de l'embarras gastrique. Pour eux, en effet, il faut rechercher s'il y a eu écart de régime, excès de table; si l'estomac a été irrité ou longtemps débilité, etc. Mais on voit facilement qu'ils ont appliqué le traitement et à des indigestions, et à des gastralgies anciennes, et même à de véritables gastrites. On peut dire, d'une manière certaine, que toutes les fois que l'existence d'un véritable embarras gastrique a été bien établie, les vomitifs en ont promptement triomphé. Cette circonstance seule suffirait pour faire une maladie à part de l'état dont il est ici question.

*Vomitifs.* — On administre très fréquemment aux adultes le *tartre stibié* à la dose de 5 centigrammes dans un demi-verre d'eau, pris en une fois; si l'on veut employer cette substance chez les enfants, on la donnera en potion, ainsi qu'il suit:

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Eau distillée de tilleul.. | 120 gram. | Sirop de sucre.............. 25 gram. |
| Tartre stibié......... | 0,10 gram. | |

A prendre par cuillerées, de dix minutes en dix minutes, jusqu'à production de quatre ou cinq vomissements.

Il est essentiel de mettre dans la potion une dose un peu élevée de tartre stibié, parce qu'elle n'agirait pas assez vite, et que presque toujours les enfants, dès que les nausées se manifestent, refusent obstinément de nouvelles doses de la potion.

Mais, d'un autre côté, il faut surveiller l'administration du médicament, de crainte que les évacuations ne soient trop abondantes.

Beaucoup de médecins préfèrent le tartre stibié à l'*ipécacuonha*, parce que les effets de cette dernière substance sont plus infidèles ; d'autres, au contraire, regardent l'ipécacuanha presque comme un spécifique dans les cas d'embarras gastrique ; de ce nombre est M. Marlin-Solon, qui le prescrit à la *dose de* 1,25 *gramme ou de* 2 *grammes suivant les cas*. On fait prendre ce médicament en poudre, et en deux ou trois fois, dans une cuillerée d'eau ou de tisane.

Il est impossible de se prononcer d'une manière très positive sur la préférence à accorder aux divers vomitifs ; toutefois il faut dire que l'essentiel est de produire le vomissement, et que par quelque substance qu'il ait été provoqué, il est suivi d'un prompt rétablissement. Dans les observations recueillies par M. Martin-Solon, le traitement, lorsque l'embarras gastrique était simple, a varié de deux à trois jours ; et ce qu'il importe de noter, c'est que, parmi ces cas, il en est plusieurs où l'on voit le début de la maladie remonter à quinze et vingt-cinq jours. Dans plusieurs, aussi, les évacuations sanguines avaient été pratiquées sans succès.

*Purgatifs.* — Nous avons vu que la constipation était un symptôme ordinaire de l'embarras gastrique ; il n'est presque jamais nécessaire de combattre ce symptôme, qui cesse immédiatement après l'effet du vomitif. S'il en était autrement, des *purgatifs* légers comme l'eau de Sedlitz, la *limonade magnésienne*, 15 grammes de sulfate de soude dans un verre d'eau, 30 grammes d'huile de ricin, triompheraient de la constipation en même temps qu'ils feraient disparaître les dernières traces de l'embarras gastrique, s'il en restait encore.

*Émissions sanguines.* — Un peu de douleur existant à la région épigastrique et un léger mouvement fébrile ayant pu faire croire à une inflammation de l'estomac, on a fréquemment employé les émissions sanguines. C'est presque toujours les *sangsues*, appliquées à l'épigastre, au nombre de quinze à trente, qui sont mises en usage. Si nous examinons, dans le but d'apprécier la valeur de ce traitement, les observations que nous avons rassemblées, nous voyons que ces applications de sangsues ont eu parfois pour effet de diminuer ou de faire disparaître la douleur épigastrique ; mais il faut noter avec soin que, dans aucun cas, elles n'ont réussi à dissiper les symptômes propres à l'embarras gastrique. On ne devra donc y avoir recours que dans le cas où la douleur sera vive, ne point insister sur leur usage, et arriver promptement à l'emploi des vomitifs, si efficaces en pareil cas.

*Régime.* — Pendant le cours de la maladie, la *diète* est nécessaire, et dans presque tous les cas, le dégoût des malades pour les aliments les porte à s'y soumettre eux-mêmes. Mais dès qu'on a triomphé de la maladie, l'appétit se réveille, et l'on peut sans crainte prescrire des aliments légers. C'est ainsi que, dans le plus grand nombre des cas, dès le lendemain de l'administration du vomitif, on a pu accorder des potages et donner une alimentation plus substantielle le jour suivant. On augmente ensuite rapidement l'alimentation, sans qu'on ait à craindre l'irritation de l'estomac, dont il y a quelques années encore on avait une si grande frayeur.

Il est inutile de donner des ordonnances et de présenter un résumé pour un traitement si simple.

mort arrive ainsi presque tout à coup. Quelquefois les choses se passent de la même manière, quoique le vomissement soit peu abondant, ou même quoiqu'il manque tout à fait. C'est qu'alors il s'est fait une hémorrhagie très rapide, qui a subitement distendu l'estomac. Dans des cas semblables, on a vu le sang pris en un caillot quelquefois assez ferme pour conserver après son extraction la forme de l'organe.

Mais bien plus souvent l'hémorrhagie a lieu *à plusieurs reprises*. Les intervalles sont très variables. Dans les observations que nous avons rassemblées, tantôt on a noté quatre ou cinq vomissements de sang par jour, et tantôt un seul tous les deux ou trois jours. On observe ordinairement, dans ces intervalles, des phénomènes morbides plus ou moins notables.

Il résulte de ce que nous venons de dire que la *durée* de cette hémorrhagie est des plus variables, puisqu'elle peut tuer en quelques instants ou se prolonger pendant un assez grand nombre de jours. Les hémorrhagies supplémentaires qui se montrent aux époques des menstrues, peuvent persister pendant plusieurs années; mais ces cas ne sont pas les seuls dans lesquels cette longue durée ait lieu. Ainsi Bartholin (1) cite l'observation d'un homme qui a eu pendant trente ans un vomissement considérable de sang, tout en conservant une bonne santé. Les cas de ce genre sont bien rares.

La *terminaison* de la maladie est le plus souvent funeste, et on le conçoit sans peine, puisque nous avons vu plus haut qu'elle était le plus souvent due à une cause organique grave, ou bien à une lésion artérielle à laquelle il est impossible de remédier.

### § V. — Lésions anatomiques.

On trouve dans l'estomac des sujets qui ont succombé à la gastrorrhagie une quantité variable de sang, soit liquide, soit pris en grumeaux, et mêlé, suivant les circonstances, à des aliments, à la matière chymeuse, ou à des mucosités. Ce sang est noir, ce qui tient ordinairement à son séjour dans l'estomac. Les parois de ce viscère se sont plusieurs fois montrées infiltrées de sang et ecchymosées. Dans quelques cas bien rares où l'hémorrhagie a eu lieu par simple exhalation, on ne trouve absolument aucune lésion des viscères. M. Louis m'a dit avoir vu un cas de ce genre.

Nous avons dit plus haut que l'ulcération était une cause fréquente de la gastrorrhagie; cette ulcération est presque toujours de nature cancéreuse; elle présente par conséquent tous les caractères du cancer ulcéré, que nous n'indiquerons pas ici, parce qu'ils seront exposés dans un des articles suivants. Nous dirons seulement que souvent ces ulcères surmontent des tumeurs, soit squirrheuses, soit encéphaloïdes, comme Latour en a cité plusieurs exemples, et que dans quelques cas, au contraire, on ne trouve qu'une ulcération très petite, ayant son siége sur le trajet du vaisseau, à bords durs et relevés, ou même sans aucun des caractères du cancer. Dans un cas présenté à la Société anatomique, il existait un petit ulcère de ce genre, bouché, ainsi que l'ouverture de l'artère, par un caillot qui avait dû se former dans les derniers moments de l'existence. C'est tantôt le tronc de l'ar-

(1) Cent. III, hist. 36.

tère coronaire qui est altéré, tantôt seulement une artériole : ce qui, dans les cas que nous connaissons, n'a pas produit de différence notable dans la rapidité et l'abondance de l'hémorrhagie.

On a encore cité, comme lésions appartenant à la gastrorrhagie, des altérations organiques profondes du foie, de la rate, du pancréas, en un mot des organes environnants. Dans presque tous les cas, c'est l'ouverture d'un ulcère à l'intérieur de l'estomac qui a donné lieu à l'hémorrhagie gastrique.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous avons, dans le second volume de cet ouvrage, à propos de l'*épistaxis*, p. 256, et de l'*hémoptysie*, p. 554, beaucoup insisté sur le diagnostic différentiel de ces affections et de celle qui nous occupe. Ce serait tomber, par conséquent, dans des répétitions inutiles, que de reproduire ici tous les caractères qui les distinguent; nous nous bornerons à les consigner dans le tableau synoptique.

Est-il quelque autre maladie avec laquelle on puisse confondre la gastrorrhagie? Avant de répondre, il faut distinguer. La question est, en effet, différente suivant que le vomissement de sang a lieu ou qu'il existe une hémorrhagie interne. Examinons d'abord les cas où il existe un *vomissement* de sang plus ou moins abondant.

Quelques *affections étrangères à l'estomac* peuvent donner lieu à une véritable hématémèse. Ainsi le docteur Yates (1) a rapporté un cas dans lequel une caverne pulmonaire, communiquant avec l'œsophage, a donné lieu à un vomissement de sang très abondant qui, en peu d'instants, a emporté le malade, et nous avons signalé plus haut les hématémèses produites par la rupture d'un anévrysme dans le conduit alimentaire. Dans les cas de ce genre, peut-on reconnaître la source du sang vomi? Il semble, au premier abord, que l'examen attentif de la région épigastrique peut conduire à ce résultat; mais il n'en est pas toujours ainsi, comme le prouve le fait de M. Yates que nous venons de citer, On trouva, en effet, à l'autopsie, un volumineux caillot occupant toute la capacité de l'estomac. Si donc pendant la vie on avait pu examiner la région épigastrique, on aurait trouvé les signes d'un épanchement de sang dans l'estomac, et, loin de faire éviter l'erreur, cet examen n'aurait servi qu'à la faire naître. Ce n'est que par l'étude des antécédents du malade, par les symptômes auxquels a donné lieu la maladie des poumons ou de l'artère, que l'on peut arriver au diagnostic différentiel. Ainsi, dans un cas semblable à celui du docteur Yates, la toux, l'hémoptysie antérieure, les crachats purulents, le dépérissement, en un mot les symptômes de la phthisie pulmonaire pourraient mettre sur la voie du diagnostic. Cependant on conçoit combien de doutes on devrait conserver; car enfin il n'est nullement impossible qu'un phthisique soit pris d'une véritable gastrorrhagie.

On aurait un peu plus de certitude dans le cas d'anévrysme de l'aorte, puisque l'ouverture de cet anévrysme dans l'œsophage est une terminaison qui n'est pas très rare. En outre, le sang n'ayant point séjourné dans l'estomac se présente avec les caractères artériels lorsqu'il est versé dans l'œsophage par une rupture ané-

(1) *Makintosh's principles of phys.* London, 1831, t. I.

vrysmale et rapidement chassé au dehors. Au reste, nous sommes loin de chercher à dissimuler toutes les difficultés de ces diagnostics, qui ne sont pas encore assez bien fixés pour que nous croyions devoir les faire entrer dans le tableau synoptique.

Maintenant d'autres questions se présentent relativement aux diverses espèces de gastrorrhagie. *Est-il possible de savoir, dans tous les cas, quelles sont la nature et la cause prochaine du vomissement de sang?* Je ne veux pas chercher à établir ici une distinction entre la gastrorrhagie *active* et la gastrorrhagie *passive*, puisque les observations n'ont pas été recueillies d'une manière convenable pour être étudiées sous ce rapport, et qu'il est reconnu qu'on ne peut arriver à aucun résultat positif. Mais peut-on reconnaître *si la gastrorrhagie est idiopathique ou symptomatique?* Dans les cas où cette hémorrhagie survient après des troubles longtemps prolongés de la digestion, à la suite d'un dépérissement profond et chez un malade qui a présenté des signes de cancer de l'estomac, tels que douleur, tumeur à l'épigastre, etc., on peut croire que l'hémorrhagie est due à l'ulcération du cancer. N'oublions pas toutefois que, même dans les cas de ce genre, il peut se faire à la surface de l'estomac non envahie par le carcinome une véritable exhalation de sang. On voit donc qu'il y a encore d'assez grandes obscurités dans ce diagnostic.

Quant aux hémorrhagies supplémentaires, on peut les reconnaître, lorsqu'elles surviennent aux époques où devraient avoir lieu les règles, et lorsque, après une plus ou moins longue suspension des menstrues, l'hémorrhagie arrive et produit un soulagement marqué.

Dans tout autre cas, il est impossible, dans l'état actuel de la science, de dire quelle est la cause prochaine de la gastrorrhagie. On ne saurait se fonder sur la couleur du sang, puisque, ainsi que nous l'avons vu plus haut, le simple séjour de ce liquide dans l'estomac suffit pour l'altérer; ni sur l'abondance de l'hématémèse, puisque, dans des cas de simple exhalation, elle a été tout aussi grande que dans les ulcérations et les perforations d'artère. En un mot, il existe sur ce sujet des doutes qui ne pourront peut-être jamais être levés.

Enfin il reste la dernière partie, qui est loin d'être sans importance : *Comment reconnaître, lorsque le vomissement de sang a cessé, que l'hémorrhagie continue à s'effectuer dans l'estomac?* On y parvient en ayant égard à la fois aux symptômes locaux et aux symptômes généraux. Nous allons les faire connaître dans le tableau synoptique.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Reproduisons d'abord les diagnostics différentiels de la gastrorrhagie, de l'épistaxis et de l'hématémèse.

#### 1° *Signes distinctifs de la gastrorrhagie et de l'épistaxis, lorsque dans celle-ci le sang, après avoir été avalé, est rendu par la bouche.*

| GASTRORRHAGIE. | ÉPISTAXIS. |
|---|---|
| *Commémoratifs.* Souvent *symptômes antérieurs* du côté de l'estomac : douleurs, troubles des digestions, etc. | *Commémoratifs. Aucuns symptômes* du côté des voies digestives. |
| Vomissements de sang *non précédés* d'hémorrhagies nasales. | Hémorrhagies nasales *avant* les vomissements de sang. |
| *Pas de traces* de sang dans les fosses nasales. | *Traces de sang*, caillots mous ou desséchés dans les fosses nasales. |

Voyez en outre les réflexions qui suivent ce diagnostic différentiel, dans le tome II.

### 2° *Signes distinctifs de la gastrorrhagie et de l'hémoptysie.*

| GASTRORRHAGIE. | HÉMOPTYSIE. |
|---|---|
| *Sang noir, en caillots* mous, quelquefois diffluents. | *Sang rouge, spumeux,* dans le plus grand nombre des cas. |
| Sang rejeté par le *vomissement* après des *nausées*, des pesanteurs épigastriques, un sentiment de fluctuation, des douleurs d'estomac, etc. | Sang rejeté à la suite d'*efforts de toux* plus ou moins considérables. |
| *Matité* dans la région épigastrique. | *Pas de matité* dans la région épigastrique. |
| *Matières alimentaires* mêlées au sang. | *Sang pur* ou mêlé aux crachats. |
| Après l'hémorrhagie, *selles noires*, fétides, contenant du sang. | Après l'hémorrhagie, *selles naturelles*. |
| *Pas de râle* sous-crépitant dans la poitrine. | *Râle sous-crépitant* dans une plus ou moins grande étendue de la poitrine. |

### 3° *Signes distinctifs de la gastrorrhagie idiopathique et de la gastrorrhagie symptomatique.*

| GASTRORRHAGIE IDIOPATHIQUE. | GASTRORRHAGIE SYMPTOMATIQUE. |
|---|---|
| Troubles de la digestion *nuls ou ne datant que de très peu de temps.* | Troubles *plus ou moins prolongés* de la digestion. |
| *Pas de dépérissement* marqué. | *Dépérissement* plus ou moins profond. |
| *Pas de signe de tumeur* cancéreuse de l'estomac. | Douleur, *tumeur* à l'épigastre. |

Nous savons combien ce dernier diagnostic est incertain ; aussi nous ne le donnons que comme une expression très générale des faits, et nous engageons le lecteur à ne pas oublier toutes les restrictions que nous y avons précédemment apportées.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les caractères propres à faire reconnaître la gastrorrhagie supplémentaire, mais nous allons indiquer les signes de la gastrorrhagie, lorsque le sang s'accumule dans l'estomac sans être rejeté au dehors.

### 4° *Signes qui indiquent que l'hémorrhagie continue lorsque le vomissement de sang a cessé.*

Anxiété, malaise, pesanteur, fluctuation, douleur dans la région épigastrique.
Refroidissement des extrémités, horripilations, sueurs froides et visqueuses.
Affaiblissement, lipothymies, syncopes.
Pouls petit, misérable, filiforme.
Son mat plus ou moins étendu à la région épigastrique.

*Pronostic.* — L'hémorrhagie gastrique est considérée par tous les médecins comme très grave. Nous avons cité quelques cas où, sans être supplémentaire, le vomissement de sang s'est reproduit pendant longues années avec conservation de la santé ; mais ces cas doivent être regardés comme tout à fait exceptionnels. L'hémorrhagie supplémentaire des menstrues est la moins grave de toutes, puisque, dans les cas que nous avons rassemblés, elle s'est terminée par la guérison. Mais

il faut prendre garde de porter un pronostic favorable avant d'avoir bien étudié la maladie ; chez des femmes cancéreuses, par exemple, les menstrues peuvent se supprimer, et alors si l'hémorrhagie gastrique survient, on peut croire à un flux supplémentaire ; mais bientôt les progrès de la maladie viennent faire voir qu'on s'était livré à un espoir mal fondé. Dans d'autres cas, l'hémorrhagie due à une lésion de l'estomac a empêché les règles de se produire à une époque ordinaire, et c'est encore là une source d'erreurs. Il en résulte qu'on ne doit avoir de véritable sécurité que lorsque la gastrorrhagie, ayant lieu à des époques fixes, s'est montrée pendant assez longtemps sans altérer la santé, ou, à plus forte raison, en apportant un soulagement notable. Ces réflexions s'appliquent à la gastrorrhagie survenant dans le cours de la grossesse.

### § VII. — Traitement.

Il est bien peu d'auteurs qui se soient occupés d'une manière particulière du traitement de la gastrorrhagie. Presque tous renvoient le lecteur au traitement des hémorrhagies en général. On conviendra cependant qu'il vaut mieux exposer, à propos de chacune de ces affections, les médications que l'on a dirigées contre elles, puisque chacune a des caractères propres, et que le traitement qu'elles exigent doit varier, sinon dans son essence, du moins dans son mode d'application. D'ailleurs a-t-on le droit d'établir des préceptes généraux, lorsqu'on n'a pas encore songé à se livrer à une étude suffisante des faits particuliers ? Nous croyons donc devoir, dans cet article, entrer dans un assez grand nombre de détails.

*Émissions sanguines.* — On a, dans cette hémorrhagie, comme dans toutes les autres, mis en usage les émissions sanguines ; mais ici se présente d'abord une question particulière : presque tous les auteurs recommandent de n'employer ce moyen que dans les cas de gastrorrhagie active ; or, si leur précepte est juste, il est extrêmement difficile de décider si une hémorrhagie, dans certaines circonstances, est active ou passive. Il vaut mieux, par conséquent, considérer, dans l'emploi de ce moyen, quel est l'état du malade et quelle est la cause de la maladie. Si le sujet est vigoureux, pléthorique, s'il s'agit d'une hémorrhagie supplémentaire, dans laquelle la perte du sang, trop abondante, paraît exiger une dérivation, on peut avoir recours à la *saignée* plus hardiment que dans d'autres cas : c'est du moins là ce que nous enseignent les auteurs, car on est bien loin d'avoir fixé d'une manière positive la valeur de la saignée dans la gastrorrhagie.

Si l'on veut avoir la preuve de ce que j'avance, on n'a qu'à parcourir ce que les observateurs nous ont appris à ce sujet. Les uns, tels que Bang (1), Fr. Hoffmann (2), Stork (3), et un bon nombre des auteurs qui les ont suivis, veulent qu'on emploie la saignée générale avec assez de hardiesse ; d'autres, tels que Tissot (4), Quarin (5), n'accordent pas une grande influence à ce moyen de traitement et en redoutent les effets débilitants. Il est possible que si, au lieu de parler

(1) *Praxis medica.*
(2) *Opera omnia*, thes. med., *De vomit. cruent.*, suppl. sec. Gen., 1760.
(3) *Krankh. der Weibe*, vol II.
(4) *Œuvres complètes* publiées par N. Hallé. Paris, 1810, t. V.
(5) *Observations sur les maladies chroniques*, trad. par Sainte-Marie. Paris, 1807.

de toutes les gastrorrhagies d'une manière générale, ces auteurs avaient eu égard aux différents cas, leurs conclusions auraient été un peu différentes; mais il n'en est pas moins vrai qu'il n'y a rien de positif sur la valeur de la saignée générale.

La *saignée générale* doit-elle être peu abondante et fréquemment répétée, comme le voulait Sauvages, ou bien doit-on chercher, par une saignée copieuse, à détourner le sang qui se porte vers l'estomac ? On comprend que la réponse à ces questions ne sera possible que lorsqu'on pourra la chercher dans un nombre considérable d'observations exactes : toutefois on peut dire d'avance que les effets favorables de la saignée ne sont pas si bien mis hors de doute, qu'on soit autorisé à tirer tout à coup une grande quantité de sang dans une affection où l'anémie peut survenir avec une grande facilité. Quant au côté où l'on doit ouvrir la veine, on ne croit plus aujourd'hui, comme autrefois, qu'il faille choisir le côté gauche, lorsque la rate est malade.

On a appliqué fréquemment, dans les cas de gastrorrhagie, des *sangsues* à l'anus, dans le but d'opérer une dérivation. On cite, à ce sujet, un cas observé par Lespagnol, et dans lequel la guérison du vomissement de sang est attribuée à cette application. Mais on sent qu'un seul cas ne peut servir à décider la question, quelque frappant qu'il paraisse d'ailleurs. Vingt à trente sangsues sont suffisantes. Parmi les observations que nous avons rassemblées, il en est quelques-unes où ce moyen a été mis en usage, sans qu'il ait paru avoir aucun effet immédiat digne de remarque. Les *ventouses scarifiées* sont appliquées sur la région épigastrique, et l'on peut rapprocher de ces moyens les *ventouses sèches*, qui tendent à attirer le sang vers la peau. Les ventouses sèches peuvent être appliquées soit sur l'épigastre, soit sur les côtés de la base de la poitrine, soit sur le dos.

*Réfrigérants.* — Les moyens de ce genre appliqués à toutes les hémorrhagies n'ont point été oubliés dans la gastrorrhagie. Ici on peut faire parvenir directement les réfrigérants sur le siége du mal; c'est dans ce but qu'on a prescrit *l'eau froide en boisson* et la *glace fondue dans la bouche ;* mais ordinairement on ne se contente pas de cette ingestion d'un liquide froid, et l'on applique encore de la *glace sur l'épigastre.* Les anciens, au rapport de Pittschaft, faisaient appliquer sur le larynx une *vessie remplie d'eau à la glace.* Ce moyen serait l'analogue de l'application du froid sur les testicules, dans les cas d'épistaxis (1). Quoique les observations ne puissent pas nous apprendre quel est l'effet positif du froid dans la gastrorrhagie, on ne saurait se dispenser de l'employer, à cause de son effet dans les cas du même genre ayant pour siége d'autres organes. Fr. Hoffmann cite un cas dans lequel l'*immersion des pieds et des mains dans l'eau froide* arrêta une hématémèse assez considérable.

*Acides.* — Les acides ont dû nécessairement être employés dans la gastrorrhagie; aussi les voyons-nous dès longtemps recommandés. Si l'on pouvait établir d'une manière certaine une distinction entre les gastrorrhagies active et passive, on trouverait probablement que les acides conviennent surtout dans cette dernière; mais en l'absence de renseignements précis, on ne peut présenter que des généralités.

Parmi les *acides végétaux*, ce sont principalement le *suc du citron*, le *vinaigre*

(1) Voy. t. II, art. *Épistaxis*.

étendu d'eau ou *oxycrat*, le *suc de grenade*, qui ont été mis en usage. Marx recommande l'usage de l'*eau saturée de gaz acide carbonique* : ce médicament peut avoir à la fois pour effet d'arrêter l'hémorrhagie et de s'opposer au vomissement.

Les *acides minéraux*, qui ont été principalement recommandés par Vicat et Vogel, sont encore plus fréquemment employés. Nous nous contenterons de renvoyer pour les doses et les formules, à l'article *Épistaxis*, tome II, où elles ont été exposées. J. Frank affirme avoir obtenu des effets étonnants du mélange de la *pulpe acidule de tamarin* avec la *gomme arabique* unies comme il suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Pulpe de tamarin......... | 60 gram. | Sucre blanc................ | 10 gram. |
| Gomme arabique......... | 12 gram. | | |

Chauffez avec suffisante quantité d'eau, pendant quelque temps ; passez. Soixante grammes toutes les deux heures.

J. Frank n'apporte aucune observation à l'appui de ce traitement.

*Astringents.* — Parmi les astringents, il n'en est aucun qui ait été plus souvent employé que l'*acétate de plomb*. Déjà Barthold (1) avait recommandé ce médicament qu'il administrait sous forme de poudre de la manière suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Acétate de plomb...... | 0,20 gram. | Gomme arabique.............. | 4 gram. |

Mêlez avec soin. Divisez en douze parties égales, dont on prendra trois par jour.

Denton (2) a prescrit l'acétate de plomb à des doses considérables, puisqu'il recommandait la formule suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Extrait sec de ciguë..... | 0,25 gram. | Acétate de plomb........... | 0,15 gram. |

Mêlez. Prendre cette dose toutes les deux heures.

D'autres fois on a administré ce médicament sous une autre forme : c'est ainsi que Laidlaw a préconisé, contre l'hématémèse, la potion suivante où l'acétate de plomb est uni à d'autres substances également recommandées.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Acétate de plomb....... | 0,80 gram. | Acide acétique affaibli......... | 60 gram. |
| Teinture d'opium....... | 4 gram. | Eau distillée................ | 80 gram. |

Mêlez. Une cuillerée à bouche toutes les quatre heures.

Il est fâcheux que l'insuffisance des observations ne permette pas de rechercher quels sont les effets réels de ce médicament et quels inconvénients il peut avoir.

Il serait facile d'augmenter la liste des médicaments de ce genre en citant la pratique des médecins des siècles passés qui employaient le *corail rouge*, la *terre sigillée*, le *bol d'Arménie*, etc. ; mais ces médicaments n'ont pas assez d'importance pour que nous revenions sur ce qui a été dit à propos de l'épistaxis. Il en est d'autres, au contraire, dont il importe de parler : ce sont le *ratanhia*, l'*ergot de seigle* et le *tannin*.

(1) *Med. and phys. Journ. Philadelph.*
(2) *The London med. Reposit.*, t. XX, 1823.

Le *ratanhia* a été moins fréquemment mis en usage dans cette hémorrhagie que dans la plupart des autres. Cependant nous trouvons, dans l'une des observations que nous avons rassemblées, un fait qui semblerait en prouver l'efficacité. Dans un cas observé par M. le docteur Havy, et qui était remarquable par le dépérissement du malade et la gravité des symptômes antécédents, l'hémorrhagie, qui se reproduisit à plusieurs reprises, sembla toujours être arrêtée dès qu'on eut recours à l'usage d'une potion dans laquelle entrait le rantanhia. Toutefois il faut reconnaître que ce cas est loin de suffire, puisque, comme nous l'avons vu, c'est une marche naturelle à la gastrorrhagie de s'arrêter pour se reproduire plus tard, et qu'il peut n'y avoir eu qu'une simple coïncidence. On pourra prescrire la potion suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Extrait de ratanhia de... | 1 à 4 gram. | Sirop tartrique.............. | 30 gram. |
| Eau de rose............. | 120 gram. | | |

L'*ergot de seigle* a été administré en poudre, soit seul, soit mêlé avec le *tannin*; on peut donner ces deux médicaments associés ainsi qu'il suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Ergot de seigle........... | 1 gram. | Tannin.................. | 0,50 gram. |

Diviser en deux paquets, à prendre un le matin et un le soir.

Toutefois ces médicaments ont été bien moins souvent administrés dans la gastrorrhagie que dans la *métrorrhagie;* nous y reviendrons à l'occasion de cette dernière affection.

*Styptiques, ferrugineux.* — Parmi les styptiques mis en usage, il faut citer principalement l'*alun*, le *sulfate de fer* et le *sulfate de cuivre.* Mais comme aucun des auteurs qui les ont recommandés n'est entré dans des détails suffisants à cet égard, nous ne croyons pas devoir citer toutes les formules, car il n'est pas certain que l'usage de ces médicaments soit innocent, et nous n'avons rien de positif en faveur de leur efficacité. Nous nous contenterons donc d'indiquer la suivante, proposée par Jos. Frank :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Alun.................. | 1,025 gram. | Sirop d'écorce de cinnamomum.. | 15 gram. |
| Mucilage de gomme arabiq. | 30 gram. | Eau de fontaine.............. | 240 gram. |

A prendre par cuillerées.

Il est quelques *sels de fer*, et en particulier le *carbonate*, qui ont été recommandés par Hoffmann et Tissot. C'est surtout dans les cas où l'on attribue la maladie à une suppression des règles que l'on a recours aux préparations ferrugineuses. D'après Fr. Hoffmann, il est arrivé plusieurs fois qu'en faisant reparaître les menstrues à l'aide de ce médicament, on a vu la gastrorrhagie cesser pour toujours; mais nous reviendrons sur ce point quand nous parlerons du traitement propre à la gastrorrhagie supplémentaire.

*Antispasmodiques et narcotiques.*—Les antispasmodiques et les narcotiques ont été également mis en usage, et parmi eux il n'en est pas qu'on ait plus fréquemment employés que l'*opium*. On n'est pas d'accord sur la préparation opiacée qu'il convient d'administrer. Les uns veulent, avec J. Frank, qu'on donne l'opium dans une émulsion de la manière suivante :

℞ Opium pur............ 0,05 gram. | Émulsion arabique.......... 180 gram.

A prendre par cuillerées.

D'autres recommandent d'unir l'*opium avec les acides minéraux*; d'autres veulent qu'on se contente d'administrer des *lavements laudanisés*, élevant la dose du laudanum à 15 gouttes pour un lavement de 140 grammes de décoction de mauve (J. Frank). Vogel remplace le laudanum par une *décoction de feuilles de jusquiame*. Il serait impossible de dire si quelques-unes de ces préparations ont plus d'utilité que les autres; ce qu'il y a de certain, c'est qu'un grand nombre d'auteurs ont mis en usage les narcotiques, et on le conçoit facilement, puisque dans cette affection il est important d'assurer le repos des organes affectés.

Kæmmerer (1) préfère la *belladone* à l'opium, et il affirme avoir obtenu des succès réels par son emploi.

Quelques objections se sont élevées contre l'usage des narcotiques, et surtout contre celui de l'opium : la seule qu'il importe d'indiquer ici est celle de J. Frank, qui craignait qu'en supprimant les selles, ce médicament ne déterminât la rétention des caillots sanguins dans le tube intestinal; mais il est évident que cette crainte ne doit pas empêcher de combattre l'hémorrhagie par les narcotiques, puisqu'il n'est nullement prouvé que la rétention des caillots sanguins ait de graves inconvénients, tandis que la reproduction de l'hémorrhagie en a d'incontestables.

*Vomitifs*. — Doit-on employer les vomitifs dans la gastrorrhagie? Suivant le docteur Sheridan (2), on ne saurait en douter. Cet auteur rapporte deux cas dans lesquels l'hémorrhagie gastrique a cédé après l'administration de l'*ipécacuanha* à dose vomitive; mais quelle a été la part du médicament dans la terminaison heureuse? C'est ce qu'on ne saurait dire, parce que les cas ne sont pas suffisamment spécifiés. Pour quiconque lira attentivement les observations, il sera évident qu'on ne peut point se prononcer d'une manière aussi positive sur l'influence des vomitifs dans cette maladie, et qu'il est permis, au contraire, d'avoir quelques craintes sur les suites de leur administration, au moins dans un assez bon nombre de cas : si, par exemple, le sang est versé par une ulcération, n'est-il pas évident qu'en débarrassant l'estomac des caillots, on tend à favoriser l'hémorrhagie plutôt qu'à l'arrêter? Ces considérations suffiront pour rendre le praticien très prudent, au moins jusqu'à ce que des observations plus exactes et plus nombreuses soient venues parler en faveur de cette médication. Ajoutons, au reste, que c'est presque toujours l'ipécacuanha qui a été mis en usage. Le docteur de Metz a prescrit ce médicament à la *dose de* 0,15 *grammes toutes les heures*.

D'autres médecins veulent qu'on se contente de *titiller la luette et l'isthme du gosier* pour provoquer le vomissement.

Quant aux *purgatifs*, ils sont moins souvent employés encore. Portal (3) s'est même élevé contre leur usage, et en a signalé les inconvénients; aussi tout ce que l'on s'est contenté de faire, c'est d'administrer de *légers minoratifs*. J. Frank propose le suivant :

(1) *Emploi de la belladone contre les vomissements de sang* (*Bulletin des sciences médicales* de Férussac, mai 1825).
(2) *Trans. of the assoc. of fellows and licent.* Dublin, 1824.
(3) *Mém. de la Soc. d'émulation de Paris*, t. II.

| | |
|---|---|
| ℞ Racine de rhubarbe....... 2 gram. | Miel pur................. 30 gram. |
| Gomme arabique......... 15 gram. | Eau..................... 300 gram. |

Faites bouillir pendant une demi-heure. A prendre par cuillerées.

Nous n'avons aucune preuve que les médicaments de ce genre aient une utilité réelle, et ils peuvent avoir les inconvénients des précédents.

*Moyens divers.* — Que dire maintenant d'un bon nombre d'autres moyens, comme le *vésicatoire sur l'abdomen*, *les onctions* sur cette partie avec un *liniment camphré et oléogineux*, comme le voulait Hoffmann ; l'emploi de l'*eau de laurier-cerise*, de l'*huile de térébenthine*, du *millefeuille*, etc. ? Évidemment les faits sont insuffisants pour qu'on puisse avoir la moindre idée sur leur valeur.

*Traitement de la gastrorrhagie à ses diverses périodes.* — Nous venons de faire connaître le traitement de la gastrorrhagie *pendant les vomissements de sang* ; mais *dans les intervalles, et surtout lorsqu'il existe les symptômes signalés plus haut, que doit-on faire?* Pour répondre à une semblable question, il faut nécessairement distinguer les cas : Si, par l'inspection attentive, on parvient à s'assurer que l'*hémorrhagie continue à se faire dans l'intérieur de l'estomac*, il faut insister avec force sur les moyens précédents. L'essentiel, en effet, n'est pas d'empêcher le vomissement de sang, mais d'arrêter l'écoulement dans sa source. Si l'on reconnaît, au contraire, que l'*écoulement de sang ne continue pas*, et que l'anxiété, la pesanteur à l'épigastre, etc., dépendent de la plénitude de l'estomac, et, sans doute, de la présence de caillots dans sa cavité, convient-il de débarrasser cet organe ? Ce que j'ai dit plus haut a dû faire comprendre tout le danger qu'il pourrait y avoir à agir ainsi ; les symptômes produits par la présence des caillots dans l'estomac peuvent être très incommodes sans doute, mais ils ne sont rien en comparaison du danger qu'il y aurait à provoquer un nouvel écoulement de sang dont on ne saurait prévoir l'abondance. En pareil cas donc, un repos absolu, l'application du froid sur l'épigastre, de la glace dans la bouche, sont les seuls moyens qu'on doive mettre en usage, laissant à l'estomac le soin de se débarrasser plus tard des matières qu'il contient. Il n'en serait peut-être pas de même si cet organe était très fortement distendu, et s'il en résultait un malaise excessif. Malheureusement l'observation ne nous a rien appris sur ce point.

Nous avons dit, dans la description des symptômes, que les *coliques* et le *développement de gaz dans l'intestin*, qui annoncent le passage du sang de l'estomac dans la partie inférieure du tube digestif, et qui précèdent les déjections sanglantes, ont lieu, en général, quelque temps après la cessation du vomissement ; en pareil cas, on recommande, pour favoriser ces déjections, de légers *lavements purgatifs*, qui, sous ce rapport, peuvent avoir en effet de l'utilité, mais qui ne sauraient être placés que parmi les adjuvants. De simples lavements émollients suffisamment répétés remplissent aussi cette indication.

*Lorsque le vomissement de sang a complétement cessé*, le traitement n'est point encore fini dans la majorité des cas. Souvent, en effet, il faut employer les moyens propres à rétablir les forces du malade profondément débilitées, et parfois il faut avoir recours à des médications particulières pour combattre la cause même de l'hémorrhagie. L'anémie qui résulte des pertes de sang abondantes, et la faiblesse qui en est la conséquence, sont combattues par les *toniques* et les *analeptiques*,

parmi lesquels on met principalement en usage le quinquina et les jus de viande. Si l'anémie était rebelle et tendait à se prolonger, il faudrait la traiter de la manière qui a été indiquée dans l'article consacré à cette affection (1). Il est donc inutile d'insister sur ce point; mais il n'en est pas de même relativement à la seconde partie de la question que nous venons de poser; car on sent combien il est important de prévenir le retour d'un accident aussi grave que la gastrorrhagie. Cela nous conduit à dire un mot du traitement des diverses espèces d'hémorrhagie gastrique.

*Traitement de la gastrorrhagie supplémentaire.* — La gastrorrhagie qui est la conséquence de la suppression des règles, lorsque d'ailleurs il n'y a point de symptômes d'une affection chronique de l'estomac qui rendrait compte et de la suppression du flux naturel et de l'apparition du flux accidentel, ne doit être arrêtée que lorsque la quantité de sang rendu dépasse d'une manière notable celle du flux menstruel. Lorsque l'hémorrhagie a cessé, on doit chercher à rétablir le flux normal par les divers moyens connus. Ainsi l'application de quelques sangsues aux parties génitales vers l'époque des règles, la vapeur d'eau dirigée vers le bassin, les emménagogues peu violents, seront mis en usage. Tissot veut que l'on emploie les ferrugineux en pareil cas; mais Cullen s'oppose à ce que ce médicament et ceux qu'on administre pour rappeler les menstrues soient mis en usage, parce que, dit-il, ils sont propres à rendre plus violente l'hématémèse active qui existe en pareil cas. Il est fâcheux que les médecins qui se sont prononcés sur ce point n'aient point soutenu leur opinion par des faits. Les craintes de Cullen paraissent exagérées.

On a vu, et Lanzoni (2) en cite un exemple remarquable, le mariage faire cesser un vomissement de sang supplémentaire, qui s'était reproduit à plusieurs reprises; en pareil cas, tantôt c'est la réapparition des menstrues qui a coïncidé avec la cessation du vomissement, et tantôt c'est la grossesse.

*Traitement de la gastrorrhagie pendant la grossesse.* — Dans le cas d'hémorrhagie gastrique survenant dans la grossesse, faut-il avoir recours à quelque traitement particulier? Rien ne le prouve. Avoir soin que l'écoulement de sang ne soit pas trop abondant, calmer la maladie, telles sont les précautions à prendre. Du reste, pour modérer l'abondance de l'hémorrhagie, on fera usage des moyens précédemment indiqués.

*Traitement de la gastrorrhagie scorbutique.* — Nous avons vu plus haut que le vomissement de sang avait été observé chez les sujets présentant des signes d'un état scorbutique. En pareil cas, il faut insister sur l'administration des acides minéraux, soutenir les forces par les toniques, et mettre en usage les divers moyens indiqués à l'article *Scorbut*, moyens qui doivent être également employés dans les cas d'hémorrhagie dite constitutionnelle.

*Accident de la gastrorrhagie qu'il faut connaître pour y remédier promptement.* — Il peut survenir, pendant le vomissement de sang, un *accident* qu'il est très important de connaître, et dont P. Frank a rapporté un exemple remarquable. Chez un sujet, en effet, un vomissement de sang abondant ayant eu lieu, des caillots de sang considérables s'arrêtèrent dans l'isthme du gosier et dans la bouche, et déterminèrent une suffocation subite; le malade, qui était seul, tomba par terre

(1) Voy. art. *Anémie*.
(2) *Ephem. Acad. nat. cur.*, cent. I, obs. 41.

sans connaissance. P. Frank, ayant été appelé, se hâta de débarrasser la gorge, et le malade fut rappelé à la vie (1). Il faudra donc, toutes les fois qu'il y aura perte de connaissance, inspecter avec soin l'arrière-bouche, afin d'agir de la même manière en pareille circonstance.

Il est un certain nombre de précautions qui s'appliquent à tous les cas, et que nous ne devons pas négliger d'indiquer ici.

### PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA GASTRORRHAGIE.

Débarrasser promptement le malade de ses vêtements; le placer dans un lit frais, la tête légèrement élevée.

Éviter toutes les émotions morales.

Éviter tous les efforts inutiles, et pour cela entretenir la liberté du ventre, etc.

*Résumé*, *ordonnances*. — Tel est le traitement le plus généralement prescrit contre cette hémorrhagie grave. Nous n'avons point cherché à dissimuler combien il est vague et incertain sur la plupart des points, parce qu'il est bon qu'on sache tout ce qu'il y a encore à faire. Le sujet est très difficile sans doute, car les cas sont variables, et l'imminence du danger fait qu'on s'empresse d'avoir recours à un grand nombre de moyens à la fois; mais ce n'est pas une raison pour renoncer à étudier ce traitement : c'est seulement un motif de plus de recueillir les observations avec une très grande sévérité. Remarquons, au reste, que l'usage de la saignée modérée, des boissons acides et astringentes, l'emploi du froid à l'intérieur et à l'extérieur, sont les seuls moyens sur l'utilité desquels les auteurs soient d'accord. Parmi les autres, les opiacés et les antispasmodiques comptent le plus d'approbateurs.

Indiquons maintenant dans quelques ordonnances la conduite à suivre dans les principaux cas.

#### Ire Ordonnance.

DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE PEU ABONDANTE, CHEZ UN SUJET ENCORE VIGOUREUX.

1° Pour tisane, limonade citrique.
2° Application de compresses froides sur l'épigastre.
3° Faire fondre des morceaux de glace dans la bouche.
4° Repos absolu. Diète.

Si ces moyens simples n'étaient pas suffisants, et si l'hémorrhagie se prolongeait, on aurait recours à la médication indiquée dans l'ordonnance suivante.

#### IIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE ABONDANTE OU SE PROLONGEANT OUTRE MESURE.

1° Pour tisane, limonade sulfurique. (Voy. t. II, art. *Épistaxis*).
Ou bien ,

(1) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, t. I, p. 535.

Infusion de grande consoude, avec addition de

Eau de Rabel.................................. 25 à 30 gouttes.

par chaque demi-kilogramme.

2° Potion alumineuse (voy. p. 763).

3° Application du froid à l'intérieur et à l'extérieur.

On se servira avec avantage d'une vessie à demi pleine de fragments de glace, qu'on appliquera soit sur l'épigastre, soit sur les testicules, soit sur le larynx.

4° ℞ Opium pur......... 0,05 gram. | Émulsion de gomme arabique.. 180 gram.
Mêlez. A prendre par cuillerées.

5° Appliquer des sinapismes aux extrémités.

Ou bien : Manuluves et pédiluves sinapisés.

6° Repos absolu. Diète *ut suprà.*

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de multiplier ces ordonnances, attendu qu'il est fort difficile de prévoir les divers cas particuliers, et qu'il est très facile, au contraire, de grouper les moyens précédemment indiqués, suivant les exigences de chacun de ces cas.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Émissions sanguines; réfrigérants; acides; astrigents; styptiques; antispasmodiques, narcotiques; vomitifs, purgatifs; moyens divers.

2° Traitement de la gastrorrhagie à ses diverses périodes.

3° Traitement de la gastrorrhagie supplémentaire.

4° Traitement de la gastrorrhagie pendant la grossesse.

5° Traitement de la gastrorrhagie scorbutique et constitutionnelle.

## ARTICLE IV.

### GASTRITE SIMPLE AIGUE.

C'est, de l'aveu de tout le monde, une question extrêmement difficile que celle de la gastrite aiguë. On sait combien de discussions elle a soulevées et par combien de phases différentes a passé l'histoire de cette maladie, surtout dans ces vingt dernières années. Les anciens n'élevaient pas de doute sur son existence; mais il est facile de s'assurer qu'ils n'avaient point une idée exacte de ces symptômes. On trouve déjà dans Hippocrate (1) des passages qui se rapportent à des maladies dans lesquelles il y a eu des symptômes assez notables du côté de l'estomac, mais que l'on ne saurait regarder entièrement comme de simples gastrites. Galien (2) et les auteurs qui l'ont suivi n'ont pas été plus précis. Que savons-nous, en effet, de la gastrite lorsque nous lisons dans Hippocrate le passage suivant : « Præcordiorum » dolores cum febre; si dolor intensus ad occiput progressus fuerit repente,

(1) *De victu acutorum* §§ III et VI, et *Coacæ prænotiones*, § II.
(2) *De eresypelate stomachi.*

» occidunt convulsivo modo » ; ou bien ces mots dans Celse (1) : « At si inflammatio » aliqua est, dolor et tumor sequitur? » Nous ne chercherons donc pas dans les divers auteurs anciens ce qui peut avoir un rapport plus ou moins direct avec une maladie qu'ils ne pouvaient pas suffisamment distinguer.

Dans les siècles derniers, outre les auteurs des traités de pathologie interne, un très grand nombre de médecins ont publié des dissertations sur la gastrite. Mais il suffit de remarquer combien étaient vagues encore nos connaissances sur ce sujet il y a peu d'années, pour s'assurer que, loin d'avoir éclairé l'histoire de cette affection, ces nombreux travaux n'ont servi qu'à y introduire la plus grande confusion. On trouve pans les écrits de Fr. Hoffmann (2), de Van-Swieten (3), de Dehaen (4), de Stoll, de Sauvages (5), de Cullen (6), etc., etc., un ou plusieurs articles consacrés à l'inflammation de l'estomac ; mais c'est dans ces articles que la confusion dont nous parlerons tout à l'heure est surtout remarquable. Nous en dirons autant du chapitre de P. Frank (7), qui a fait de vains efforts pour simplifier une question insoluble pour lui.

Il est résulté des travaux de Broussais qui ne sont pas fondés sur l'observation exacte, une incertitude extrême sur tout ce qui a rapport à la maladie dont nous nous occupons. Et quelle en a été la dernière conséquence? C'est qu'après avoir admis très légèrement, pendant plusieurs années, l'existence fréquente de la gastrite, les médecins paraissent aujourd'hui portés à la révoquer complétement en doute.

On ne sera donc pas surpris si, dans le cours de cet article, nous ne signalons guère les travaux antérieurs que pour les critiquer. Si l'on veut arriver à un résultat positif, il faut, en effet, avoir recours à des documents tout nouveaux, dans l'étude desquels on ait mis toute l'exactitude possible, on ait employé les moyens de diagnostic acquis depuis peu, et l'on ait mis de côté toute espèce de préoccupation. Pour parvenir à ce résultat, nous avons réuni dix-sept observations qui ont été prises avec tout le soin désirable, et dans lesquelles le diagnostic a été rigoureusement porté (8).

Quant aux cas de gastrite publiés par les auteurs, nous les avons également rassemblés et analysés, afin de les comparer à ceux qui font la base de cet article. Parmi eux on en trouve huit qui ont été recueillis par M. Andral (9), et qui ont eu une issue funeste. Les faits rapportés par cet auteur sont très extraordinaires; pour la plupart, ils manquent de détails très importants sur l'état des divers organes, et notamment des intestins et des voies urinaires; enfin que, dans plusieurs, et en particulier dans les 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> observations, il ne s'agit nullement d'une gas-

(1) *De re medica*, lib. IV, cap. v.
(2) Tome IV, *De febre stomachica inflammatoria*.
(3) *Comm. in Boerhaavii aphorismos*, t. III, § 951 et suiv.
(4) *Rat. med.*, passim.
(5) *Nosologia meth.*, class. III, ord. II. gen. IV.
(6) *Médecine pratique*, trad. par Bosquillon, t. I.
(7) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, t. I, p. 209.
(8) On ne saurait douter, en effet, de l'exactitude de ce diagnostic, puisque, comme nous le rappellerons plus loin, on a pu, dans la gastrite secondaire, constater après la mort les lésions inflammatoires de l'estomac, dans les cas où des symptômes avaient été identiquement les mêmes.
(9) *Clinique médicale*, t. II : *Maladies de l'abdomen*; *Gastrite aiguë*.

trite simple, puisqu'il y avait des ulcérations dans l'intestin, et, dans un cas, péritonite. Il n'en reste donc que très peu, si même il en reste, qui puissent encore être regardés comme des cas de gastrite simple terminés par la mort. Ce sont là au moins des cas entièrement exceptionnels; et si l'on se rappelle qu'à l'époque où ces observations ont été prises, les idées de Broussais étaient dominantes et que l'auteur en avait, en grande partie, ressenti l'influence, on n'aura qu'une confiance limitée dans ce très petit nombre de faits. Remarquons en outre que, depuis cette époque, depuis que le diagnostic est plus sûr, et que les observations sont recueillies d'une manière plus complète, on n'a point cité de faits semblables, et nous reconnaîtrons que, jusqu'à nouvel ordre, il faut conserver des doutes sur ces faits incomplets et insuffisants.

Des 17 observations que nous avons rassemblées, 12 ont été recueillies par M. Louis; quelques-unes ont été publiées (1), les autres nous ont été communiquées par cet observateur; 4 ont été prises dans ces dernières années par M. Cossy dans le service de M. Louis, et la dernière, qui n'est pas la moins remarquable, a été publiée par moi (2).

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *gastrite* aux diverses formes d'inflammation de l'estomac. Les anciens, comme nous l'avons vu plus haut, la distinguaient sous ceux de *erysipelas stomachi*, *passio cardiaca*, *febris stomachica inflammatoria*, *ventriculi inflammatio*, etc. C'est à la fin du dernier siècle qu'on a mis en usage l'expression de *gastrite*, aujourd'hui généralement employée.

Si l'on en croyait les médecins de l'*école physiologique*, aucune affection ne serait plus *fréquente* que la gastrite; dans les écrits qu'ils ont publiés il y a trente ans, ils regardaient l'existence de la gastrite comme démontrée toutes les fois qu'il y avait des troubles graves du côté de l'estomac. Ainsi, pour eux, l'inflammation de ce viscère existait presque toujours au début des maladies fébriles, et elle était le point de départ des symptômes qui se montraient ensuite. D'un autre côté, n'ayant point égard à la marche de la maladie, et trouvant des traces d'inflammation de l'estomac à une certaine époque des affections soit aiguës, soit chroniques, loin de regarder cette inflammation comme une lésion secondaire, ils en faisaient souvent la maladie primitive.

Aujourd'hui de semblables erreurs ne sont plus permises, et l'on doit avoir de tout autres idées sur la fréquence de la gastrite; il faut faire une distinction : si l'on considère d'une manière générale la gastrite primitive et la gastrite secondaire, on devra reconnaître que cette affection est très fréquente; elle survient fréquemment, en effet, dans toutes les maladies aiguës où le mouvement fébrile est très prononcé, et elle se montre très souvent dans le cours des maladies chroniques, dans la phthisie pulmonaire principalement.

Mais si nous recherchons simplement la fréquence de la gastrite primitive, nous voyons qu'elle est très peu considérable. Les 17 observations dont nous avons parlé ont été recueillies dans un assez grand nombre d'années. M. Louis a con-

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1830.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, juin 1844.

taté que, dans un service de plus de 100 lits à la Pitié, il ne s'était présenté chaque année que cinq ou six cas de gastrite, et tous les médecins des hôpitaux savent combien il est rare d'observer cette maladie bien caractérisée. D'un autre côté, M. Louis nous a dit n'avoir jamais eu occasion de la traiter dans sa pratique particulière, et nous tenons de M. Cherard, médecin de l'hôpital de Philadelphie, et dont le talent d'observation est bien connu, que la gastrite est tout aussi rare dans cette ville, quoique la population s'y livre à de très fréquents excès de boissons alcooliques. Il résulte de tout cela que rien n'est plus inexact que les assertions émises par Broussais et par les médecins qui ont embrassé ses doctrines.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

On a, comme on le pense bien, attribué un grand nombre de causes à cette affection que l'on trouvait si fréquemment. Nous allons d'abord indiquer celles qui peuvent être étudiées à l'aide des observations que nous avons recueillies, et nous passerons ensuite en revue celles qui ont été signalées par les auteurs.

Relativement à l'*âge*, ces observations ne peuvent pas nous servir, puisqu'elles ont été recueillies dans les hôpitaux où l'on ne reçoit que des adultes. Disons cependant que l'âge a été très variable, et qu'il a flotté entre 20 et 65 ans; c'est-à-dire que la gastrite ne s'est pas montrée d'une manière plus remarquable à une époque de la vie qu'à toute autre. Nous savons que Billard a décrit les diverses formes de la gastrite chez les *enfants nouveau-nés et à la mamelle*; mais il n'a pas cité une seule observation dans laquelle cette inflammation se soit développée sans complication et d'une manière non douteuse. MM. Barthez et Rilliet (1) ont décrit une gastrite primitive légère chez les enfants; mais, ainsi qu'ils le font remarquer, ils ont donné ce nom à l'embarras gastrique, et nous avons vu plus haut quels sont les motifs qui doivent faire distinguer ces deux affections. Quant aux autres gastrites, elles ont été réunies par eux au ramollissement de l'estomac, et ils reconnaissent (page 462) que ces maladies étaient toujours secondaires. Il faut en conclure que, si la gastrite primitive se montre chez les enfants, elle est au moins beaucoup plus rare encore que chez l'adulte.

Suivant les auteurs, les *chagrins*, les *émotions morales vives*, les *travaux d'esprit*, la *vie sédentaire*, prédisposent singulièrement à l'inflammation de l'estomac. Quelques auteurs, et entre autres Morgagni et Lieutaud, ont cité des cas où la maladie est survenue dans ces conditions, mais ces cas sont en très petit nombre et peu concluants. ous n'avons rien de bien positif sur ce point.

Quant aux *excès vénériens*, à la *masturbation*, tout ce que nous pouvons dire d'une manière générale, c'est que, par la faiblesse qu'ils occasionnent, ils peuvent prédisposer à cette inflammation comme à toutes les autres, mais que, d'après les faits, ils prédisposent bien plus encore aux maladies nerveuses de l'estomac. Nous en dirons autant du *travail excessif*.

Peut-être faut-il admettre comme cause de la gastrite les *privations* auxquelles sont exposés les individus de la classe pauvre. Nous avons vu que la maladie était

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. I, p. 459 et suiv.

infiniment plus rare hors des hôpitaux que dans ces établissements, et nous allons voir tout à l'heure que les écarts de régime ne rendent pas suffisamment compte de cette différence. Il ne resterait donc guère pour l'expliquer que ces privations dont nous parlons.

Un *régime très excitant*, composé de mets épicés, de viandes noires, de café, de liqueurs alcooliques, doit-il être rangé parmi les causes prédisposantes de la gastrite ? On sait combien l'opinion de Broussais était arrêtée sur ce point, et il est un grand nombre de médecins qui, sans accorder une aussi grande influence à cette cause, la regardent cependant comme assez puissante; mais ce que nous venons de dire relativement aux privations et à l'absence d'excès répétés dans le plus grand nombre des cas dont nous avons l'histoire sous les yeux, prouve qu'il ne faut pas accepter ces assertions sans contrôle. Si l'on trouve des sujets dont le régime se rapproche de celui que nous venons d'indiquer, c'est, sans contredit, dans la classe riche. Ce régime est souvent prolongé très longtemps, et cependant, il faut le redire, la gastrite est très rare hors des hôpitaux. Les sujets de la classe inférieure font de plus grands excès; mais ce n'est qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, et l'on ne pourrait tout au plus y voir qu'une cause excitante, question que nous discuterons plus loin.

Le *climat* prédispose-t-il à la gastrite? Nous n'avons sur ce point que des renseignements très vagues. Les auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chauds n'ont pas assez bien déterminé ce qu'ils entendaient par inflammation de l'estomac. Les bonnes observations manquent, et il serait par conséquent prématuré de se prononcer sur ce point. Disons cependant que c'est une opinion assez généralement reçue, que les inflammations des premières voies sont plus fréquentes dans les pays chauds.

En somme, nous n'avons pas trouvé de causes prédisposantes bien évidentes et dont l'existence soit parfaitement fondée sur les faits.

### 2° Causes occasionnelles.

Si nous ne voulons pas nous contenter des assertions des auteurs, nous n'arriverons pas à des résultats beaucoup plus précis dans l'étude des causes occasionnelles. L'insuffisance des observations est évidente encore sur ce point. Voyons ce que les faits nous apprennent de moins sujet à contestation.

On peut signaler comme bien bien démontrée l'action des *corps étrangers* sur la muqueuse gastrique. On trouve dans les divers recueils des observations dans lesquelles l'ingestion de corps volumineux, comme des couteaux, des cuillers, des cailloux, etc., a donné lieu à une inflammation de l'estomac.

Viennent ensuite les *écarts de régime*, et surtout les *excès de boissons alcooliques*, mais ici nous sommes loin d'avoir la même certitude. Parmi les observations que nous avons rassemblées, il n'en est que trois qui fassent mention d'un excès de ce genre, et dans toutes les autres il a été bien constaté que cette cause n'existait pas. Nous avons fait remarquer ailleurs (1) combien cette circonstance

(1) *Bulletin de thérapeutique : Quelques considérations sur l'étiologie de la gastrite aiguë, de la gastrite chronique et de la gastralgie*, juin 1844.

était surprenante, puisque l'on peut imaginer la quantité d'excès de table qui se font tous les jours. On concevrait bien difficilement, si les propositions de Broussais étaient vraies, que l'on pût réunir ainsi un certain nombre d'observations où cette cause aurait manqué; et, d'un autre côté, on ne comprendrait pas la grande rareté de la gastrite aiguë bien établie aujourd'hui. Ajoutons que, dans les observations données par cet auteur et par d'autres, sous le nom de *gastrite*, il ne paraît pas, dans la plupart des cas, que l'on ait pris seulement la peine d'interroger les malades sur ce point.

Les réflexions que nous venons de présenter s'appliquent également à l'usage des *médicaments irritants*, des *purgatifs drastiques*, des *vomitifs*, etc. C'est sans aucun fondement que, dans ces dernières années, on a donné à la médication qui emploie ces dernières substances le nom de médication incendiaire. Tout ce qui a été dit à ce sujet n'a évidemment pas l'observation pour base.

Les *émotions morales* sont-elles des causes efficaces de la gastrite? Dans une des observations dont nous donnons ici l'analyse, et que nous avons rapportées avec détail dans le mémoire déjà cité, une émotion vive et prolongée fut, sinon la cause excitante, du moins l'occasion évidente de la gastrite. C'est, en effet, pendant cette émotion que des aliments ayant été pris à contre-cœur, déterminèrent les premiers symptômes de la maladie, qui fut très violente. Il suit de là qu'une simple indigestion, dans quelque circonstance qu'elle se soit produite, pourrait donner lieu à la gastrite; cependant on ne devra se prononcer formellement que lorsque des observations plus exactes auront été recueillies.

Quant à l'*ingestion de boissons froides ou glacées*, le corps étant en sueur, ou après une grande fatigue, c'est là une cause banale admise par les auteurs, mais qui n'est mentionnée dans aucune observation.

Nous n'avons point, comme on l'a vu, parlé de l'influence des *poisons âcres et corrosifs*. C'est que, dans cet article, nous n'avons pas l'intention de traiter de l'inflammation de l'estomac due aux agents toxiques. Cette inflammation, en effet, ne constitue pas à beaucoup près, en pareil cas, toute la maladie, et il suffira de la décrire à l'occasion de chaque empoisonnement en particulier.

Restent maintenant les *violences extérieures*, les coups, les chutes sur la région épigastrique, etc. ; mais les faits ne prouvent pas suffisamment l'existence de ces causes. Dans un des cas que nous avons rassemblés, la maladie survint après de violentes secousses causées par le cahot d'une voiture de roulier, pendant un voyage assez long. Doit-on voir dans cette circonstance une cause occasionnelle évidente?

[En conservant le mot gastrite et en suivant ainsi la tradition, on prend l'engagement de ne pas décrire autre chose que l'inflammation de l'estomac, c'est-à-dire suivant l'habitude et les conventions médicales, un état marqué par de la congestion, de la rougeur, du gonflement, etc. Nous ne ferons pas ressortir ici plutôt qu'ailleurs combien une semblable manière d'étudier est défectueuse, combien cette idée d'inflammation, *à priori*, est contraire à l'indépendance et au libéralisme dont doit jouir tout médecin qui veut mériter le titre d'observateur consciencieux et non prévenu. Il a donc fallu que le respect de la tradition fût bien grand chez Valleix pour qu'il se soumît à la nécessité de faire un article spécial de la *gastrite*. A mesure que l'on s'éloigne davantage de l'époque où écrivait Broussais, on croit moins à la *gastrite spontanée*. Sans doute l'estomac est susceptible d'être

le siége de troubles fonctionnels graves et de lésions survenant d'une manière brusque, aiguë, mais c'est dans des circonstances très différentes de celles qu'on a citées. Il ne s'agit plus ici, comme dans la pneumonie ou la pleurésie, ou le rhumatisme, ou l'érysipèle, etc., d'une phlegmasie survenant sans cause connue et précédée de prodrômes, ayant une durée déterminée, une marche connue, etc. Il ne s'agit pas non plus de *congestion*, ni de *chaleur* avec *rougeur*, *tuméfaction*, *douleur*, etc. Les causes des troubles de l'estomac viennent du dehors, c'est le plus souvent un *agent toxique*, une *substance irritante*, ou bien c'est la faiblesse de l'organe digestif à la suite des fièvres ou de toute autre maladie, et l'insalubrité ou la trop grande abondance des aliments ; c'est en un mot une maladie objective et non subjective, effet et non cause. Il serait fort à désirer qu'on pût décrire enfin les *causes* des maladies et non leurs effets seulement. On trouvera des documents utiles sur les maladies aiguës de l'estomac aux articles suivants : *Indigestion* (p. 2), *embarras gastrique* (p. 737), *ulcère simple et ramollissement*, *dyspepsie*, *inanition*, *alcoolisme*.]

## § III. — Symptômes.

C'est surtout dans l'étude des symptômes qu'il importe de procéder avec ordre et méthode ; car il ne s'agit de rien moins que d'établir les bases d'un diagnostic précis, ce que l'on n'a pas fait jusqu'à présent. Nous allons d'abord examiner les symptômes du début, et nous passerons ensuite en revue chacun des symptômes importants de la maladie confirmée.

*Début.* — Dans les observations que nous avons rassemblées, le début a été variable suivant les cas ; tantôt, en effet, les symptômes caractérisques de l'affection ont été précédés d'un *malaise* qui a duré de un à huit jours, tantôt ils se sont manifestés rapidement, et tantôt enfin, mais bien plus rarement, la maladie a paru d'une manière subite. Le malaise précurseur s'est montré 7 fois dans les 17 cas que nous avons réunis. Il consistait dans un médiocre degré de faiblesse, un peu de brisement des membres, et une légère anorexie, jamais dans un dégoût prononcé pour les aliments.

La maladie ne s'est déclarée subitement que dans un seul des cas dont il s'agit. Le malade, au milieu d'une bonne santé, fut pris tout à coup de *frissons* suivis de chaleur, de douleur vague à la région épigastrique, et, presque immédiatement après, de douleurs vives avec vomissements. Ces phénomènes se montrèrent plusieurs heures après le repas.

Dans les neuf cas où la maladie survint rapidement, mais non d'une manière subite, les choses se passèrent de deux manières différentes. Chez six sujets, en effet, il y eut d'abord des symptômes locaux, tels que douleur épigastrique, nausées, vomissements ; et le mouvement fébrile ne survint qu'un peu de temps après. Chez les autres, au contraire, quelques frissons vagues, alternant avec la chaleur, accompagnés d'un peu de courbature, précédèrent de quelques heures l'apparition des symptômes locaux. Nous trouvons donc ici un début semblable à celui qui a lieu dans les inflammations de médiocre intensité, et notamment dans les angines.

Il y a bien loin de ces symptômes à ceux que quelques auteurs ont assignés à la gastrite aiguë, et qui sont des frissons violents, suivis d'une chaleur intense, de

grands troubles cérébraux, une vive agitation, etc. ; mais il faut observer, d'une part, que ces auteurs ont décrit sous le nom de *gastrite*, différentes espèces de fièvres graves, et, de l'autre, que ne faisant pas remonter le début aux premiers accidents, mais étudiant la maladie à l'époque où les symptômes gastriques étaient très prononcés, ils ont placé au début, des phénomènes qu'on ne retrouve même pas, ainsi que nous le verrons plus loin, à une époque avancée de la gastrite. Les observations de M. Andral ne contiennent pas de détails suffisants pour qu'il soit utile de les consulter sur ce point, et d'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit plus haut, elles laissent des doutes sur l'exactitude du diagnostic, au point de vue de la simplicité de la gastrite. On peut donc regarder ce que nous venons de dire du début de la gastrite aiguë comme l'expression exacte des seuls faits observés avec le soin nécessaire.

*Symptômes.* — De quelque manière que la maladie ait débuté, elle donne ensuite lieu à des symptômes communs que nous allons étudier successivement.

*Symptômes locaux.* — La *douleur épigastrique* est un symptôme essentiel qui s'est montré constamment et avec une intensité toujours notable. Cette douleur, qui apparaissait *spontanément*, soit au début, soit à une époque peu avancée de la maladie, était toujours *exaspérée par la pression*. Il importe de la considérer sous ces deux points de vue.

La *douleur spontanée* avait des caractères différents suivant les sujets, mais elle était toujours vive. Les uns se plaignaient d'*élancements* violents dans la région épigastrique ; d'autres éprouvaient un sentiment de *constriction* très douloureux ; d'autres se plaignaient d'une sensation marquée de *brûlure* ; en un mot, ils éprouvaient les diverses nuances de douleur observées dans les phlegmasies des muqueuses. Chez deux sujets qui avaient pris une très petite quantité d'aliments légers après le début de la maladie, cette douleur spontanée augmentait notablement immédiatement après le repas, et était calmée par le vomissement. Chez les autres, il y avait des exacerbations, mais à des époques indéterminées. Il faut remarquer que fréquemment une de ces exacerbations de la douleur spontanée était suivie d'un vomissement pénible, ce qui nous porte à penser qu'elles étaient provoquées par l'accumulation des matières.

Dans les observations que nous avons rassemblées, le siége de la douleur est presque toujours indiqué d'une manière générale comme occupant l'épigastre. Dans un, il est dit que la douleur s'étendait jusqu'à l'ombilic, et dans un autre, qu'elle occupait particulièrement l'hypochondre gauche. Nous n'avons donc encore que des renseignements insuffisants sur ce point.

La douleur augmentait sensiblement, dans tous les cas, sous une *pression* quelquefois très légère ; mais, dans aucun d'eux, on ne remarquait cette sensibilité excessive de l'épigastre qui rend incommode le poids des couvertures, et qui, suivant Broussais, serait une des causes les plus efficaces de l'anxiété extrême de quelques sujets. Nous verrons plus loin quelle est la cause qui force quelques malades à se découvrir continuellement la poitrine, et à l'article *Gastralgie*, nous montrerons que la difficulté avec laquelle les couvertures sont supportées sur la région épigastrique appartient plus à cette névrose qu'à une véritable inflammation. C'est dans les endroits où se manifeste la douleur spontanée que la pression détermine

surtout cette exaspération; néanmoins elle peut exister dans des points plus ou moins éloignés.

La *perte de l'appétit* est un symptôme presque constant; mais nous ne trouvons pas ici cette anorexie complète, ce dégoût prononcé pour les aliments que nous avons signalé comme un des caractères de l'*embarras gastrique*. Chez un seul sujet, en effet, il y a eu du dégoût pour les aliments; tandis que trois ont pu, pendant plusieurs jours après le début, continuer à manger, quoique en petite quantité et avec des accidents consécutifs plus ou moins marqués. Chez les autres, la perte de l'appétit a été assez considérable pour que les malades se soient soumis volontairement, pendant plusieurs jours de suite, à une diète sévère.

Le *mouvement fébrile* était peu intense dans la très grande majorité des cas. Il y avait quelques légers *frissons* erratiques; un *pouls* un peu accéléré, variant entre 68 et 112 pulsations, sans autre caractère digne d'être noté; une *chaleur* un peu élevée et qui n'a été réellement considérable que dans deux cas; parfois un peu d'accélération de la *respiration*. Chez deux sujets seulement, ces phénomènes avaient une intensité assez considérable; le pouls, à 120 et 130 pulsations, était dur et élevé; la peau était sèche et la chaleur brûlante, et il y avait un peu d'*agitation* la nuit, manifestée surtout par ce mouvement pour se découvrir la poitrine, sur lequel Broussais a si fortement insisté. Nous ne parlerons pas des diverses *postures* prises par les malades; de la *tendance à se rouler dans le lit*; de la *jactitation*, etc., parce que ces phénomènes n'ont jamais été observés dans les cas dont je donne ici l'analyse, et que les auteurs n'ayant point porté un diagnostic précis, il n'est pas possible d'accepter leur manière de voir sans que de nouveaux faits soient venus nous éclairer.

*Résumé.* — Tels sont les symptômes que nous croyons pouvoir assigner en toute confiance à la gastrite aiguë simple et primitive. Si nous les résumons, nous voyons que les symptômes essentiels sont : la douleur épigastrique spontanée à la pression, les vomissements bilieux avec ou sans nausées, la perte plus ou moins complète de l'appétit, et enfin un mouvement fébrile rarement intense et non accompagné des symptômes généraux si violents qui caractérisent les fièvres graves.

Jetons un coup d'œil rapide sur la gastrite qui se développe *secondairement*; les symptômes ne diffèrent pas essentiellement. Voici, en effet, comment s'exprime à ce sujet M. Louis (1) : « Variables dans leur durée aussi bien que dans l'époque de leur apparition, les vomissements spontanés furent bilieux et toujours accompagnés ou précédés de douleurs épigastriques; et tandis que parmi les sujets qui n'eurent que des douleurs à l'épigastre, ou des nausées, ou des douleurs et des nausées tout à la fois, plusieurs avaient la membrane muqueuse dans l'état naturel, tous ceux qui eurent à la fois des douleurs épigastriques et des vomissements de bile avaient cette membrane plus ou moins profondément altérée. Fait important et qui semble indiquer (car les observations analysées sont trop peu nombreuses pour pouvoir affirmer) qu'on doit conclure l'existence d'une lésion de la membrane muqueuse de l'estomac, des douleurs épigastriques et des vomissements de bile réunis. »

Que manque-t-il à ces faits pour ressembler à ceux dont nous avons présenté l'analyse, si ce n'est de s'être produits primitivement et d'avoir donné lieu par eux-mêmes à un mouvement fébrile qui, dans les cas observés par M. Louis, a dû

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, t. I, p. 459.

nécessairement se perdre dans les symptômes de la fièvre préexistante? On n'objectera pas sans doute que, parmi les observations de M. Louis, il en est qui se rapportent au simple *ramollissement de l'estomac*, car il suffit que la gastrite ait existé dans plusieurs, pour que ce que nous avançons soit exact.

On a dit et répété qu'une *soif intense* était un des caractères essentiels de la gastrite aiguë, mais cela n'est vrai que pour un certain nombre de cas dans lesquels l'inflammation paraît portée à un haut degré. Dans les 17 observations qui font la base de cet article, six fois seulement on a constaté l'existence d'une soif vive, qui s'est calmée promptement dès qu'il y a eu un peu d'amélioration dans les autres symptômes. Chez deux sujets, au contraire, la soif a été nulle pendant tout le cours de la maladie; et chez les autres, quoique un peu plus élevée que dans l'état de santé, elle a été modérée, un ou au plus deux pots de tisane suffisant pour l'étancher.

C'est encore une opinion généralement accréditée que l'*appétence* extrême des malades pour les *boissons froides et acidules*. Il semble, quand on lit ce que les auteurs ont écrit à ce sujet, que les autres espèces de boissons ne peuvent absolument pas être supportées. Il y a au moins une très grande exagération dans cette opinion. Excepté dans un cas où le vomissement était si fréquent que la plus petite quantité de boisson fade et tiède suffisait pour le déterminer, les malades supportaient les infusions de mauve, l'eau sucrée, la solution de sirop de gomme, etc. Ils préféraient généralement les boissons froides, mais sans pour cela avoir une extrême répugnance pour les liquides légèrement chauds.

Deux symptômes beaucoup plus importants sont les *nausées* et les *vomissements*; les *nausées* se sont montrées dans la grande majorité des cas, c'est-à-dire chez 15 sujets. Elles avaient précédé, chez quelques-uns les vomissements pendant plusieurs jours; chez les autres, elles alternaient avec ces derniers. Ces nausées, souvent très fréquentes, fatiguent beaucoup les malades; et, comme elles se manifestent principalement après l'ingestion même des liquides, ce sont elles qui déterminent à se soumettre à une diète sévère. Au début et pendant plusieurs jours elles constituent assez souvent, avec la douleur épigastrique, les seuls symptômes locaux, et surtout quand on considère que dans les deux cas où un reste d'appétit était conservé, les nausées n'existaient pas.

Les *vomissements* n'ont jamais manqué chez les sujets dont nous analysons les observations; seulement ils ont eu une durée et une fréquence très variables. Ainsi, chez quelques-uns, après s'être manifestés au début de la maladie, ils se sont calmés peu de temps après et ont été remplacés par de simples nausées; chez d'autres, ils ne sont survenus qu'à une époque assez avancée de la maladie; et chez d'autres, au contraire, ils ont persisté pendant tout son cours : ces derniers cas étaient les plus graves.

La *fréquence du vomissement* est, avons-nous dit, très variable. Chez un sujet très gravement affecté et dont nous avons rapporté ailleurs l'histoire (1), ils étaient presque incessants, et dans les courts intervalles où ils ne se produisaient pas, il y avait des nausées extrêmement fatigantes. Dans des cas, en plus grand nombre, il y a à peine deux ou trois vomissements par jour, et entre ces deux extrêmes les nuances sont très nombreuses.

(1) *Bulletin de thérapeutique*, loc. cit.

La *matière de ces vomissements* a été, dans tous les cas, au moins à une certaine époque de la maladie, remarquable par la présence de la *bile*. Lorsque le médecin n'avait pas pu constater cette présence lui-même, le malade ne laissait aucun doute sur ce point, en disant qu'il avait vomi un liquide vert ou verdâtre et très amer. Ces vomissements de bile doivent donc être regardés comme un des caractères les plus importants de la maladie, et nous aurons fréquemment occasion de les rappeler plus tard. Mais outre ces vomissements bilieux, il y en avait d'autres composés d'aliments chez le petit nombre des sujets qui ne s'étaient point soumis à la diète, de boissons et de quelques mucosités chez les autres.

L'*état de la langue* a, comme on sait, été donné comme un signe propre à faire reconnaître l'existence de la gastrite; et, suivant les auteurs, cet état serait constitué par la couleur rouge, la forme lancéolée de l'organe, quelquefois même par un aspect semblable à celui qu'on observe dans la scarlatine. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les faits, pour voir combien cette manière de voir est erronée. La langue, en effet, ne s'est montrée un peu rouge que dans deux cas, encore ne l'était-elle qu'au pourtour, et n'avait-elle nullement la forme lancéolée. Elle était, le plus souvent, large, humide, couverte d'un léger enduit blanc ou jaunâtre à son centre. Il est évident que l'on a attribué à la gastrite simple l'état de la langue observé dans les maladies fébriles intenses avec gastrite secondaire, état qui n'a aucun rapport, ainsi que l'a démontré M. Louis (1), avec l'inflammation de l'estomac. Cette réflexion s'applique, et à plus forte raison encore, à la sécheresse, à la dureté comme cornée, au fendillement, à la couleur brune de la langue, qu'il faut regarder comme des signes d'une lésion secondaire des fièvres graves.

Du côté de l'*abdomen*, on ne trouve rien de remarquable, si ce n'est une *constipation* médiocre qui s'est montrée dans la grande majorité des cas. Trois sujets seulement ont eu, pendant très peu de temps, quelques selles liquides précédées de coliques très légères. Chez deux, les selles sont restées naturelles pendant tout le cours de la maladie. On voit par là qu'il était facile de reconnaître le siége de l'affection, et que l'on ne pouvait pas le placer ailleurs que dans l'estomac. Quant à la *conformation* de l'abdomen, elle n'a jamais présenté rien de remarquable, soit à l'épigastre, soit ailleurs, sauf dans un cas où l'on a noté une légère tension. La *percussion* a été méthodiquement pratiquée, dans quelques cas, à la région épigastrique, et, sauf l'exaspération de la douleur locale, elle n'a fait reconnaître aucun signe particulier.

Tels sont les symptômes locaux qui appartiennent en propre à la gastrite; il faut en rapprocher un phénomène sur lequel quelques auteurs, et Broussais en particulier, ont fortement insisté, mais qui ne se montre que bien rarement, puisque, sur 17 cas, il n'a été noté qu'une seule fois : c'est une *respiration saccadée*, semblable à une petite toux sèche, et qu'on pourrait appeler *toux gastrique*. J'ai constaté l'existence de ce symptôme dans un cas où la gastrite avait une violence bien rarement observée, puisqu'il est très peu de médecins qui puissent dire qu'ils ont vu un seul fait semblable. Sans doute, dans ce cas, le trouble de la respiration était occasionné par l'excès de la douleur, exaspérée elle-même par les contractions du diaphragme.

Il y a bien loin, comme on le voit, de ce phénomène à ce que Broussais a décrit

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde.*

sous le nom de *toux gastrique ;* mais n'est-il pas évident pour tout le monde que, par suite des erreurs continuelles de diagnostic commises par cet auteur, cette prétendue toux gastrique n'est autre chose qu'un symptôme, soit d'une complication du catarrhe pulmonaire, soit de l'état particulier dans lequel se trouve le poumon dans les fièvres graves?

*Symptômes généraux.* — Si les symptômes locaux ont toujours une intensité notable, il n'en est pas de même des symptômes généraux, et ce n'est pas là un des caractères les moins remarquables de la maladie qui nous occupe.

La *céphalalgie*, qui, dans l'opinion dont venons de parler, serait extrêmement fréquente et très intense dans tous les cas de gastrite, ne s'est montrée d'une manière un peu notable que dans 11 des 17 cas, et deux fois seulement elle a eu une assez grande intensité. Ce symptôme n'a donc pas toute l'importance que l'on a voulu lui attribuer; cette céphalalgie a été de courte durée, et ne s'est accompagnée ni d'étourdissements, ni de délire, ni de stupeur, ni de somnolence, en un mot, d'aucun des symptômes les plus graves des fièvres intenses. Chez deux sujets seulement il y a eu des étourdissements passagers au début, et jamais de bourdonnements d'oreilles. En somme, cette céphalalgie n'a point eu d'autres caractères que ceux que l'on observe dans les inflammations ordinaires des membranes muqueuses et en particulier du pharynx. Elle était, dans tous les cas, liée au léger mouvement fébrile dont s'accompagnaient les symptômes locaux.

*Formes de la maladie.* — Il est important de dire un mot des diverses divisions qu'on a introduites dans la description de la gastrite, d'après certains symptômes prédominants, ou qui ont plus particulièrement frappé les auteurs. On a d'abord distingué une gastrite *érysipélateuse* et une gastrite *phlegmoneuse*. La première, suivant les auteurs, est bornée à la membrane muqueuse de l'estomac; la seconde affecte les autres membranes, et principalement la celluleuse. Celle-ci donnerait quelquefois lieu à de véritables abcès, qui s'annonceraient par des symptômes extrêmement graves. On chercherait difficilement, dans les observations, la preuve de l'existence de cette dernière gastrite, et les auteurs du *Compendium de médecine*, qui ont cité à ce sujet Cullen (1), Naumann (2) et quelques autres auteurs, ont été obligés de reconnaître que l'on avait décrit sous le nom de *gastrite phlegmoneuse* plusieurs affections mal déterminées, et, en particulier, des abcès de différents organes voisins de l'estomac.

On a encore admis l'existence d'une gastrite *subaiguë* et d'une gastrite *suraiguë*. Il est certain que, dans la gastrite, il est des cas d'une violence particulière, et nous en avons cité un exemple; mais ce n'est pas un motif pour en faire une espèce distincte de gastrite : car cette maladie ne diffère en rien, sous ce rapport, des autres affections du même genre.

Nous parlerons peu de la gastrite *cholériforme*, admise par les auteurs du *Compendium*, qui, du reste, apportent une assez grande réserve dans sa description, et conviennent qu'assez souvent cette prétendue gastrite n'est autre chose qu'un choléra. La grande fréquence des vomissements bilieux et muqueux, l'abondance des matières vomies, seraient, d'après ces auteurs, les principaux symptômes de cette gastrite.

(1) *Eléments de médecine pratique.* Paris, 1819, t. I.
(2) *Handbuch der Medicin Klinik.* Berlin, 1834, t. V.

La gastrite *causée par les poisons irritants* est connue de tout le monde; mais ce n'est pas ici le lieu de la décrire, puisqu'elle doit faire partie des empoisonnements auxquels des articles particuliers seront consacrés. Nous ne nous occuperons pas davantage de la gastrite *adynamique*, dont il n'a pas été cité un seul cas évident, et dans laquelle il faut encore voir une fièvre typhoïde.

Billard (1) a décrit une gastrite *folliculeuse* chez les nouveau-nés, et il en a trouvé les caractères anatomiques dans la présence des follicules ayant l'aspect de petites granulations blanches, arrondies, terminées par un point noirâtre, qui parfois finissent par s'ulcérer et se désorganiser. Billard nous dit que, dans le courant de l'année 1826, il a observé 15 cas d'ulcérations folliculeuses de l'estomac. Il n'en cite aucun. Les autres auteurs n'ont pas parlé de cette forme de la gastrite. Plusieurs même, et entre autres M. Louis, n'ont jamais pu découvrir les follicules. Billard n'aurait-il pas décrit, sous le nom de *gastrite folliculeuse*, l'état mamelonné de l'estomac? Mais nous n'insisterons pas davantage sur ce point, ayant à y revenir à propos de l'*ulcère de l'estomac*.

Enfin on a admis une gastrite *intermittente*, et même une gastrite *des vieillards* (2). La première n'est autre chose que le trouble de l'estomac, qui se montre dans les fièvres intermittentes; et quant à la seconde, on ne trouve dans les observations rien qui autorise à l'admettre.

En somme, toutes ces formes diverses que l'on a cru reconnaître dans la gastrite n'ont pas une importance réelle. La description précédente a prouvé que, dans tous les cas où l'existence d'une gastrite était bien démontrée, les symptômes étaient les mêmes, à l'intensité près, et l'on ne doit pas douter que si l'on a admis ainsi l'existence d'un certain nombre d'espèces et de variétés, c'est qu'on a confondu plusieurs maladies entièrement distinctes. Il n'y aurait qu'une seule division qui serait admissible : ce serait celle qui servirait à distinguer la gastrite *primitive* de la gastrite *secondaire*. Cette dernière, tout à fait sous l'influence de la maladie principale, est assez souvent opiniâtre et rebelle, en raison même de la gravité et de la persistance de cette maladie. Elle contribue nécessairement, dans les cas graves, à entraîner les malades au tombeau, tandis que la première cède facilement à un traitement approprié. Il n'y a point entre elles de différences symptomatiques essentielles.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est moins rapide, en général, que celle du simple embarras gastrique. Dans un certain nombre de cas, il existait au début des symptômes peu intenses qui tendaient à se prolonger. Plusieurs sujets sont restés ainsi malades pendant plus de quinze jours, sans que l'affection fît de très grands progrès. A plus forte raison en est-il ainsi lorsqu'une diète sévère n'est pas observée; alors la maladie tend à se perpétuer.

Le traitement ayant une très grande influence sur les symptômes de la gastrite,

(1) *Traité des maladies des enfants*, 2ᵉ édit. Paris, 1833, p. 338.
(2) Naumann et Nægele, cités par les auteurs du *Compendium de médecine*.

la *durée* de la maladie est très variable, suivant qu'une médication appropriée a été mise en usage à une époque plus ou moins avancée. Nous voyons quelques sujets qui, après avoir été malades pendant dix et quinze jours, ont été guéris en quatre et cinq jours par un traitement fort simple. Il en résulte qu'on ne peut point assigner de limites précises à la durée de la maladie. Dans les cas que j'ai rassemblés, l'affection ne s'est pas prolongée au delà d'un mois ou un mois et demi, et, dans la plupart des cas, elle n'a pas dépassé une quinzaine de jours.

Chez les sujets dont il s'agit ici, la *terminaison* a été constamment heureuse. S'ensuit-il que la gastrite simple primitive ne peut jamais avoir une issue funeste ? C'est ce qu'il ne m'est pas permis de décider. Dans aucune des observations citées par les auteurs comme exemples de gastrite ayant causé la mort, il n'est démontré que l'inflammation de l'estomac fût simple et primitive, et dans la plupart des cas, au contraire, il est évident qu'elle devait être rangée parmi les lésions secondaires.

### § V. — Lésions anatomiques.

Dans la gastrite secondaire, qui est, comme nous l'avons déjà dit, une maladie toute semblable, on a pu fréquemment examiner les lésions que l'on est autorisé à regarder comme appartenant également à la gastrite primitive. Nous avons eu occasion plusieurs fois, et surtout tome I^er^, page 37, à l'article *Fièvre typhoïde*, d'indiquer les altérations propres à la gastrite secondaire. Nous nous contenterons de les énumérer ici.

Ce sont la rougeur, le ramollissement, l'épaississement de la membrane muqueuse, avec les divers degrés connus de ces lésions. Quant au ramollissement sans rougeur, et avec amincissement, comme il doit y avoir un article spécialement consacré à cette altération, nous ne nous en occuperons pas ici ; nous ajouterons seulement qu'il ne faudrait pas, d'après une simple rougeur trouvée à la surface interne de l'estomac, regarder l'existence de la gastrite comme démontrée. Les expériences faites dans ces derniers temps sur l'injection cadavérique prouvent que cette rougeur peut parfaitement se produire après la mort. On a dit qu'on pouvait reconnaître la rougeur due à une inflammation véritable, à ce que le lavage et la macération ne la faisaient pas disparaître ; mais des expériences, et en particulier celles de M. Scoutetten, nous ont encore appris qu'une rougeur véritablement inflammatoire pouvait très bien disparaître sous l'influence de ces moyens. Il faut donc qu'il y ait, dans la consistance et dans l'épaisseur de la membrane, des changements appréciables concurremment avec la rougeur.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous venons de voir que les signes auxquels on reconnaît l'existence d'une gastrite sont la douleur épigastrique, les vomissements de bile et un mouvement fébrile généralement peu intense ; par là se trouve confirmé le diagnostic différentiel de cette affection et de l'*embarras gastrique* présenté plus haut. Nous le reproduisons dans le tableau synoptique ; car nous n'aurions rien de nouveau à y ajouter.

La *gastrite chronique* offre souvent des symptômes semblables à ceux de la gas-

trite aiguë. Ce n'est donc que par la marche de la maladie et sa persistance que l'on peut reconnaître si elle est aiguë ou chronique. Nous reviendrons sur ce point quand nous aurons fait l'histoire de la gastrite chronique.

Dans quelques cas de *cancer* de l'estomac, les symptômes offrent, au début de la maladie, un certain degré d'acuité. On pourrait alors croire à l'existence d'une simple gastrite aiguë, et n'être détrompé qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Ce diagnostic est donc important; mais pour le porter avec précision, il faut le renvoyer après l'histoire du cancer, afin d'avoir tous les éléments nécessaires. Voyez l'article *Cancer de l'estomac.*

Dans quelques cas de *gastralgie*, il existe également des symptômes assez aigus: la douleur de l'épigastre est vive, les vomissements peuvent se montrer à des époques assez rapprochées, et il peut même y avoir une excitation assez marquée: mais, même alors, il existe entre les deux maladies des différences notables. Dans la gastralgie, c'est surtout la douleur spontanée qui est remarquable; l'appétit n'est point perdu; les troubles qui surviennent pendant la digestion sont les signes qui attirent le plus particulièrement l'attention du médecin; enfin, et c'est là le point capital, presque toujours la matière des vomissements est composée d'aliments, de boissons et de mucosités. Ces deux états n'ont donc pu être confondus qu'à une époque où l'on voulait voir partout l'inflammation de l'estomac.

Faut-il maintenant établir un diagnostic entre la gastrite aiguë et les *affections fébriles?* Ce point était beaucoup plus important à traiter lorsque la fièvre typhoïde, par exemple, étant très peu connue, on ne voyait en elle qu'une inflammation simple de l'estomac et des intestins. Aujourd'hui la confusion n'existe plus pour la grande majorité des médecins; il suffit, par conséquent, d'indiquer en peu de mots les énormes différences qui existent entre une véritable fièvre typhoïde et une gastrite. Dans la gastrite, ce qu'il y a surtout à noter, ce sont les symptômes locaux; dans la fièvre typhoïde, au contraire, ce sont les symptômes généraux. Dans celle-ci, nous trouvons cette faiblesse si remarquable au début, les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles, la céphalalgie intense, les frissons, l'accélération du pouls, la chaleur, en un mot un mouvement fébrile toujours remarquable. Dans la simple gastrite, ces phénomènes étaient nuls ou de peu d'importance. Ajoutons à cela les symptômes qui se manifestent du côté de l'intestin dans la fièvre typhoïde, et nous aurons des différences telles qu'il est inutile d'y insister, et que nous ne croyons pas même devoir faire entrer ce diagnostic dans le tableau synoptique. A plus forte raison la distinction est-elle facile lorsque la maladie est parvenue à une période plus avancée.

Dans les autres maladies fébriles, soit phlegmasies simples, soit fièvres exanthématiques, des théories qui n'existent plus avaient fait voir à certains médecins le point de départ de la maladie dans des troubles de l'estomac qu'on pourrait rapporter à une inflammation. Il suffirait, pour faire justice de cette erreur, de rappeler que, dans les affections de ce genre, les symptômes gastriques dont il s'agit peuvent avoir lieu pendant un temps assez long, sans laisser dans l'estomac aucune trace inflammatoire. Les recherches récentes d'anatomie pathologique l'ont suffisamment prouvé.

En résumé, le diagnostic différentiel de la gastrite ne présente pas de difficultés, et c'est ce qui nous permet d'en donner un tableau très court.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

### 1° *Signes distinctifs de la gastrite aiguë et de l'embarras gastrique.*

| GASTRITE AIGUE. | EMBARRAS GASTRIQUE. |
|---|---|
| Saveur amère et désagréable *nulle ou peu prononcée.* | Saveur *amère*, fade, désagréable. |
| *Douleur épigastrique* spontanée et à la pression ; *point de dégoût* pour les aliments. | *Gêne* dans la région épigastrique *plutôt que douleur ; dégoût* pour les aliments. |
| Nausées, vomissements bilieux *répétés.* | Nausées *rares;* vomissements bilieux *plus rares* encore. |
| Céphalalgie *moins persistante, moins incommode*, et en rapport avec le mouvement fébrile. | Céphalalgie frontale *persistante; souvent très incommode.* |
| Fièvre presque toujours *assez marquée.* | Fièvre *nulle* ou très légère. |

### 2° *Diagnostic différentiel de la gastrite aiguë et de la gastralgie avec symptômes d'excitation.*

| GASTRITE SIMPLE AIGUE. | GASTRALGIE. |
|---|---|
| Douleur remarquable *à la pression.* | Douleur *spontanée*, surtout remarquable. |
| Appétit *perdu* ou très notablement diminué. | Appétit *en grande partie conservé.* |
| Vomissements *bilieux.* | Vomissement *des aliments*, des boissons et des mucosités. |
| *Mouvement fébrile* plus ou moins prononcé. | *Pas de fièvre.* |

*Pronostic.* — D'après tout ce que nous avons dit plus haut, les idées doivent être considérablement modifiées sur le pronostic de la gastrite aiguë simple. Nous avons vu, en effet, cette maladie se dissiper très promptement sous l'influence d'un traitement fort simple. Nous ne trouvons, dans aucune observation, aucun signe qui puisse nous indiquer si cette affection a de la tendance à passer à l'état chronique.

## § VII. — Traitement.

Envisagée sous ce nouveau point de vue, la gastrite aiguë est loin d'exiger les moyens énergiques, qui, dans les idées en vogue il y a trente ans, devaient lui être promptement opposés. Nous allons voir, en effet, qu'elle a cédé à une médication presque toujours fort douce.

*Émissions sanguines.* — Dans les cas que nous avons rassemblés, on n'a jamais mis en usage la *saignée* générale. L'observation ne nous apprend donc rien sur la valeur de ce moyen. On peut cependant admettre, par analogie, qu'il doit avoir un certain degré d'efficacité. C'est surtout dans les cas où le mouvement fébrile est assez intense, que l'on est autorisé à l'employer; mais alors même on ne fera pas des saignées très multipliées et très abondantes, car rien ne prouve qu'il soit nécessaire d'y avoir recours. Les *sangsues*, au contraire, ont été appliquées dans un assez grand nombre de cas, et un soulagement marqué, qui s'est manifesté le lendemain ou le surlendemain, fait voir que ce moyen a une valeur réelle, quoiqu'elle ne soit pas encore parfaitement déterminée. *Quinze ou vingt sangsues*

appliquées à l'épigastre suffisent ordinairement. Il est même rare qu'on soit obligé de revenir à cette application; c'est cependant ce qui m'est arrivé dans le cas de gastrite d'une intensité exceptionnelle que nous avons eu occasion d'observer, et dont nous avons déjà plusieurs fois parlé. On pourrait suppléer à l'application des sangsues par huit ou dix *ventouses scarifiées* sur la région épigastrique.

*Vomitifs.* — Nous rappellerons ici cette observation de gastrite intense que nous venons d'indiquer, et dans laquelle un vomitif administré au début, loin d'augmenter les symptômes, procura un soulagement marqué, quoique passager. Ce qui nous détermina à recourir à ce moyen, c'est que les premiers accidents s'étaient manifestés après une digestion laborieuse qu'on pouvait regarder comme une véritable indigestion. Ce fait prouve que, dans des cas semblables, on ne doit pas redouter les funestes effets d'un vomitif. Dans les premiers vomissements provoqués par le médicament, on put reconnaître la présence d'aliments mal digérés, et il n'a sans doute pas été inutile d'en débarrasser l'estomac. Les cas de ce genre sont les plus rares, et il est prouvé par les autres faits dont nous avons donné l'analyse, que le plus souvent la maladie est promptement combattue avec succès, sans que l'on ait recours aux vomitifs. C'est donc dans des cas particuliers que l'on sera autorisé à les mettre en usage. Le *tartre stibié* et l'*ipécuanha*, à dose vomitive, sont les substances que l'on doit administrer.

*Purgatifs.* — La constipation qui existe dans cette maladie a dû nécessairement porter à prescrire quelquefois des purgatifs. Dans deux des observations recueillies par M. Louis, on a donné l'*huile de ricin à la dose de* 60 *grammes*, et dans deux autres, le *calomel à la dose de* 30 *à* 60 *centigrammes*. Ce n'est qu'à l'époque où les principaux symptômes gastriques s'étaient déjà améliorés, que l'on a eu recours à ce moyen pour combattre la constipation persistante. Cet effet a été obtenu dans l'espace de trois jours, et il n'en est résulté aucun accident du côté de l'estomac. On n'a donc nullement à redouter les suites d'un purgatif léger. Les purgatifs plus violents auraient-ils plus d'inconvénients? C'est ce qu'il n'est pas possible de décider en l'absence des faits; mais comme la constipation n'est pas opiniâtre au point de les exiger, il n'y a pas lieu de s'occuper davantage de cette question.

*Narcotiques.* — Quelques narcotiques, comme le *sirop diacode à la dose de* 30 *grammes;* l'*extrait d'opium à la dose de* 3 *centigrammes*, ont été également prescrits dans plusieurs cas; et si l'on ne peut pas, avec les faits que nous possédons, reconnaître leur degré d'efficacité, on s'assure néanmoins qu'ils n'ont eu aucun effet nuisible. Nous verrons plus loin, à l'occasion de la gastrite chronique, que les *lavements laudanisés* ont souvent pour effet d'arrêter les vomissements opiniâtres; on pourrait, dans la gastrite aiguë, s'il existait de semblables vomissements, mettre en usage ce moyen, qui n'aurait pas d'ailleurs d'inconvénients réels.

Nous nous bornerons à ajouter quelques mots sur les boissons et le régime.

*Boissons.* — Des *boissons douces*, comme la solution de sirop de gomme, de guimauve, l'infusion de mauve sucrée, peuvent être administrées sans que l'on ait toujours à craindre une grande répugnance de la part des malades. Dans le cas contraire, quelques *boissons acidulées :* la solution de sirop de groseilles ou de cerises, la limonade légère, seront prescrites. Si les vomissements étaient très fréquents, et qu'en même temps la soif fût extrême, on pourrait recommander au

ıalade de faire fondre des morceaux de *glace* dans la bouche. En général, on onne ces boissons à une température peu élevée, ce qui est surtout recommandé ›rsqu'il existe un certain degré d'agitation.

*Régime.* —Presque toujours, les malades se soumettent d'eux-mêmes à une diète ≨vère. Tant que la douleur épigastrique et les vomissements de bile persistent, n doit prolonger cette diète, mais il n'est nullement utile d'y persister longtemps près la disparition des principaux accidents, comme l'ont prétendu quelques uteurs. On voit, en effet, dans les cas que nous avons rassemblés, une alimentaion légère être facilement supportée immédiatement après la cessation de la douleur et des vomissements, et des aliments plus substantiels être bientôt prescrits ans inconvénient. Dans un cas de gastrite suraiguë, il ne fallut pas plus de huit ours pour ramener le malade à un régime presque semblable à celui qu'il suivait lans l'état de santé.

On doit, dans la gastrite, agir avec un peu plus de prudence que dans l'embarras gastrique ; mais ce serait un grand tort que d'être d'une sévérité extrême. Des *bouillons*, des *potages légers*, du *lait*, peuvent être permis dès le premier jour de a convalescence. Un ou deux jours après, le *poisson*, les *gelées de viandes*, etc., seront conseillés, et enfin on arrivera assez promptement à un régime varié, comme lans l'état de santé.

*Résumé*, *ordonnances.* — Nous ferons remarquer encore l'extrême simplicité de ce traitement, dont les sangsues, les boissons émollientes ou acidules et la diète font la base. Une seule ordonnance est donc suffisante, car il ne s'agit que d'insister plus ou moins sur ces moyens, suivant la gravité des cas.

### 1re Ordonnance.

1° Pour boisson, tisane émolliente ou acidule, à un degré de température peu élevé.

2° Quinze ou vingt sangsues à l'épigastre. Renouveler cette application une ou deux fois, si le cas l'exige.

3° Une potion avec 20 ou 30 grammes de sirop diacode, ou bien une pilule de 0,03 gramme d'extrait thébaïque, le soir. Lavements opiacés contre les vomissements opiniâtres.

4° Après la cessation des principaux accidents gastriques, combattre la constipation par de légers purgatifs.

5° Diète absolue et repos au lit dans le fort de la maladie. Permettre de légers aliments très peu de temps après la cessation des symptômes principaux.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, vomitifs dans des cas particuliers ; purgatifs, narcotiques ; boissons émollientes ou acidules, régime.

## ARTICLE V.

### GASTRITE CHRONIQUE SIMPLE.

[Nous répétons ici ce que nous avons dit à l'article gastrite aiguë (p. 775), c'est que le mot de gastrite n'implique pas l'idée d'inflammation analogue à celle de la pleurésie, de la pneumonie, de l'érysipèle, etc., ni une marche analogue à celle de ces phlegmasies; aussi l'expression de *gastrite* est-elle, tous les jours, de plus en plus abandonnée. (Voy. les articles *dyspepsie*, *ulcère* et *cancer de l'estomac.*]

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il serait utile de pouvoir définir la gastrite chronique simple par une description sommaire de ses principaux symptômes et de ses principales lésions; mais nous venons de voir que la chose n'était pas possible sans une discussion préalable. Contentons-nous donc, pour le moment, de dire que la gastrite chronique est l'inflammation de l'estomac plus ou moins persistante et avec des symptômes généralement moins violents que ceux de la gastrite aiguë.

Cette maladie a reçu les noms d'*inflammation chronique de l'estomac*, de *ramollissement*, de *mamelonnement* de la muqueuse gastrique, et elle a été décrite implicitement sous les noms de *squirrhe*, *cancer*, *induration de l'estomac*, *hypertrophie*, etc. Faisons remarquer toutefois que c'est par erreur que les auteurs ont introduit la gastrite chronique dans ces dernières descriptions; car il n'est nullement prouvé, comme on le verra plus tard, qu'une inflammation simple de l'estomac, quelle que soit sa persistance, produise par elle-même les lésions que nous venons de mentionner.

On sent combien il est difficile de donner une idée de la *fréquence* de la maladie. Avant d'aborder une semblable question, il faudrait en effet décider si le ramollissement blanc avec amincissement est ou n'est pas une gastrite. Or, n'ayant point cet élément pour la solution du problème, tout ce que je peux dire ici, c'est que la gastrite chronique, beaucoup plus rare encore à l'état de simplicité que la gastrite aiguë, se montre principalement dans le cours des maladies chroniques et de la phthisie en particulier. Nous verrons en effet, plus loin, que c'est dans ces circonstances qu'après avoir présenté des symptômes non équivoques, les sujets offrent à l'autopsie des lésions de l'estomac qu'on ne peut rapporter qu'à l'inflammation : tels sont la rougeur, l'épaississement, le ramollissement de la membrane muqueuse.

#### § II. — Causes.

N'ayant donc rien de positif à cet égard, nous n'énumérerons pas les diverses causes admises par les auteurs.

Si nous examinons les observations recueillies par M. Louis, nous voyons que sur deux sujets qui eurent des symptômes assez intenses, la maladie survint chez l'un après des *excès alcooliques considérables*, et chez l'autre après six mois d'une *misère profonde*; mais, ainsi que le fait remarquer l'auteur, il est plusieurs considérations qui prouvent qu'on ne doit pas accorder trop de valeur à ces causes. D'abord, chez les autres sujets, on ne nota rien de semblable; et, en second lieu,

ujets ne se plaignent que d'un peu d'*embarras* à la région épigastrique, de quelques *picotements*, d'un sentiment de *barre* continuelle, ou bien ils accusent d'aures sensations, et entre autres une sensation de *chaleur* plus ou moins marquée; ans ces cas encore, on pourrait croire qu'on doit trouver plus particulièrement s signes d'une inflammation non contestable : eh bien ! M. Louis fait remarquer i-même qu'on a vu chez ces sujets la membrane muqueuse simplement ramollie, mincie et pâle, ou d'un rose plus ou moins vif.

Ces douleurs épigastriques sont toujours notablement *exaspérées par la pression*, t c'est là un point très important. Suivant la remarque de M. Louis, elles se sont nontrées proportionnées aux nausées et aux vomissements.

Il est rare que les *frissons*, *alternant avec la chaleur*, dont nous avons constaté 'existence au début de la maladie, se prolongent pendant tout son cours. Parfois ls se produisent à divers intervalles. L'accélération du *pouls* n'est jamais très considérable; cependant, quelle qu'elle soit, elle ne mérite pas moins de fixer notre attention, car elle distingue l'affection dont il s'agit d'une simple gastralgie, que, malheureusement pour les progrès de la science, on a si longtemps confondue avec la gastrite chronique.

Dans les observations de M. Louis, l'exercice des facultés intellectuelles et des organes des sens demeurait sans altération, et il n'y eut, dans aucun cas, de *céphalalgie* qu'on pût rapporter à l'affection gastrique.

La *physionomie*, ainsi que le prouvent les faits, n'a quelque chose de remarquable qu'au moment où se font sentir les douleurs épigastriques. Son expression est alors celle qu'elle prend dans les coliques.

On n'a point observé de *douleur* ni de *brisement des membres*, qu'on pût rattacher à l'existence de l'affection de l'estomac. L'*état des forces* est en rapport soit avec l'abondance et la fréquence des évacuations, surtout quand il y a des selles abondantes, soit avec le défaut plus ou moins complet d'alimentation; mais il est très peu influencé par l'inflammation de l'estomac elle-même, puisque, dans des circonstances différentes de celles qûe nous venons de signaler, les malades ont pu se livrer à leurs travaux habituels jusqu'à une époque très avancée de leur affection.

Quant à l'*état de la langue*, comme dans la gastrite aiguë, il n'offre point cet aspect particulier qu'on a voulu donner comme un signe propre aux affections de l'estomac. Tantôt dans l'état naturel, tantôt seulement un peu rouge à la pointe, avec des villosités blanches ou roussâtres au centre, la langue est toujours humide, à moins que la gastrite ne survienne dans le cours d'une autre maladie, dans laquelle le mouvement fébrile influe sur l'état de cet organe.

Tels sont les symptômes qu'on peut assigner à la gastrite chronique. Dans la plupart des cas dont j'ai fait l'analyse, la gastrite était à l'état de complication : peut-on en conclure que les symptômes ont été modifiés par cette circonstance, et qu'ils auraient été différents si la maladie s'était montrée à l'état de simplicité ? C'est ce qu'on ne saurait admettre; car si l'on examine les observations de cette dernière espèce qui ont été recueillies en petit nombre, on trouve que tous les phénomènes ont été absolument les mêmes, et la guérison survenant a prouvé que la maladie n'était nullement sous la dépendance d'une affection organique profonde.

En résumé donc, la gastrite chronique reconnaît pour symptômes : la perte plus ou moins complète de l'appétit, les douleurs épigastriques, les nausées, les

vomissements, soit de bile, soit d'aliments, et que parmi ces phénomènes les nausées et les douleurs à l'épigastre sont les plus constants.

Il est des cas cependant où ces derniers symptômes peuvent manquer eux-mêmes, et alors la maladie est véritablement *latente*. M. Louis en a cité un exemple remarquable dans la *dix-neuvième observation* de son mémoire, où l'on trouva un mamelonnement considérable de l'estomac avec épaississement de la muqueuse et sécrétion d'un liquide visqueux, quoiqu'on n'eût observé d'autres symptômes qu'une anorexie persistante : nouvelle cause évidente du vague et de l'incertitude où nous sommes sur les signes positifs de l'affection qui nous occupe.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Relativement à la *marche* et à la *durée* de la maladie, nous laisserons parler M. Louis, qui a analysé ses observations sous ce point de vue. « En général, dit-il, la maladie parcourait ses diverses périodes avec lenteur, sa durée était considérable, et l'on peut croire qu'elle l'eût été encore davantage sans les complications qui existaient. On l'a vue de trois mois et demi dans un cas, de six dans un autre, de treize dans un troisième, sans que l'on ait observé une différence correspondante dans l'état des organes après la mort...

» Dans sa forme chronique, la maladie, comme toutes les affections de long cours, n'avait pas une marche uniforme ; elle semblait quelquefois stationnaire ou même tendre vers la guérison ; mais le mieux apparent était promptement suivi de rechutes. Nous en avons signalé un exemple remarquable chez un sujet qui, après cinq mois de maladie, recouvre l'appétit pendant un espace de temps à peu près aussi considérable, paraît entrer en convalescence, et dont l'affection n'en marche pas moins ensuite, bien qu'avec lenteur, vers une terminaison funeste. »

Quant à la *terminaison*, s'il est vrai de dire que, dans le plus grand nombre des cas, elle a été fatale, il est permis de croire que, dans la plupart d'entre eux, ce n'est pas à l'affection de l'estomac qu'il faut attribuer cette issue malheureuse, mais bien aux progrès de l'affection principale à laquelle la gastrite chronique est venue se joindre comme nouvelle cause de mort. Ce qui le prouve, c'est que M. Louis a cité trois observations dans lesquelles la guérison a eu lieu, bien que les symptômes aient eu une intensité remarquable. En pareil cas, les vomissements s'apaisent d'abord, puis les nausées, puis les douleurs épigastriques, et enfin on voit l'appétit revenir peu à peu à son état normal.

### § V. — Diagnostic, pronostic.

Nous ne pouvons pas nous étendre longuement ici sur le diagnostic différentiel de cette affection ; nous devons le renvoyer après l'histoire du *ramollissement blanc*, du *cancer* et de la *gastralgie*. En attendant que nous ayons les éléments de ce diagnostic si difficile, j'insisterai sur la valeur séméiologique des symptômes, et, pour cela, je ne saurais mieux faire encore que d'emprunter à M. Louis tout ce qu'il a dit à ce sujet.

« Nous avons vu, dit-il, que l'affection dont il s'agit se développait le plus souvent chez les sujets dont l'appétit et les digestions étaient altérés depuis un temps considérable ; qu'à son début il y avait fièvre, nausées, vomissements, anorexie

sujets ne se plaignent que d'un peu d'*embarras* à la région épigastrique, de quelques *picotements*, d'un sentiment de *barre* continuelle, ou bien ils accusent d'autres sensations, et entre autres une sensation de *chaleur* plus ou moins marquée; dans ces cas encore, on pourrait croire qu'on doit trouver plus particulièrement les signes d'une inflammation non contestable : eh bien ! M. Louis fait remarquer lui-même qu'on a vu chez ces sujets la membrane muqueuse simplement ramollie, amincie et pâle, ou d'un rose plus ou moins vif.

Ces douleurs épigastriques sont toujours notablement *exaspérées par la pression*, et c'est là un point très important. Suivant la remarque de M. Louis, elles se sont montrées proportionnées aux nausées et aux vomissements.

Il est rare que les *frissons*, *alternant avec la chaleur*, dont nous avons constaté l'existence au début de la maladie, se prolongent pendant tout son cours. Parfois ils se produisent à divers intervalles. L'accélération du *pouls* n'est jamais très considérable; cependant, quelle qu'elle soit, elle ne mérite pas moins de fixer notre attention, car elle distingue l'affection dont il s'agit d'une simple gastralgie, que, malheureusement pour les progrès de la science, on a si longtemps confondue avec la gastrite chronique.

Dans les observations de M. Louis, l'exercice des facultés intellectuelles et des organes des sens demeurait sans altération, et il n'y eut, dans aucun cas, de *céphalalgie* qu'on pût rapporter à l'affection gastrique.

La *physionomie*, ainsi que le prouvent les faits, n'a quelque chose de remarquable qu'au moment où se font sentir les douleurs épigastriques. Son expression est alors celle qu'elle prend dans les coliques.

On n'a point observé de *douleur* ni de *brisement des membres*, qu'on pût rattacher à l'existence de l'affection de l'estomac. L'*état des forces* est en rapport soit avec l'abondance et la fréquence des évacuations, surtout quand il y a des selles abondantes, soit avec le défaut plus ou moins complet d'alimentation; mais il est très peu influencé par l'inflammation de l'estomac elle-même, puisque, dans des circonstances différentes de celles que nous venons de signaler, les malades ont pu se livrer à leurs travaux habituels jusqu'à une époque très avancée de leur affection.

Quant à l'*état de la langue*, comme dans la gastrite aiguë, il n'offre point cet aspect particulier qu'on a voulu donner comme un signe propre aux affections de l'estomac. Tantôt dans l'état naturel, tantôt seulement un peu rouge à la pointe, avec des villosités blanches ou roussâtres au centre, la langue est toujours humide, à moins que la gastrite ne survienne dans le cours d'une autre maladie, dans laquelle le mouvement fébrile influe sur l'état de cet organe.

Tels sont les symptômes qu'on peut assigner à la gastrite chronique. Dans la plupart des cas dont j'ai fait l'analyse, la gastrite était à l'état de complication : peut-on en conclure que les symptômes ont été modifiés par cette circonstance, et qu'ils auraient été différents si la maladie s'était montrée à l'état de simplicité ? C'est ce qu'on ne saurait admettre; car si l'on examine les observations de cette dernière espèce qui ont été recueillies en petit nombre, on trouve que tous les phénomènes ont été absolument les mêmes, et la guérison survenant a prouvé que la maladie n'était nullement sous la dépendance d'une affection organique profonde.

En résumé donc, la gastrite chronique reconnaît pour symptômes : la perte plus ou moins complète de l'appétit, les douleurs épigastriques, les nausées, les

## § VI. — Traitement.

*Emissions sanguines.* — On n'est porté à avoir recours aux émissions sanguines, dans la gastrite chronique, que dans les cas où les symptômes, acquérant un certain degré d'intensité, se rapprochent de ceux de la gastrite aiguë. Dans un cas de ce genre, des *sangsues* appliquées à l'épigastre enlevèrent presque subitement les douleurs (Louis) : résultat assez important pour que l'on ne néglige pas ce moyen. Cependant M. Louis fait, à propos de ce cas, la remarque suivante : « Toutefois nous observerons, par rapport au traitement de la première époque, que les antiphlogistiques ont été employés assez largement chez un de nos malades, dans cette même période, sans empêcher la lésion de la membrane muqueuse de l'estomac de marcher comme dans les autres cas. »

*Vésicatoires et autres topiques irritants.* — Les vésicatoires faisant quelquefois cesser avec une grande rapidité des vomissements opiniâtres, on a proposé d'y avoir recours dans la gastrite chronique. Mais lorsqu'on les a employés avec succès, avait-on affaire à une véritable inflammation? C'est ce qu'il est impossible de dire. Ils ont été appliqués dans quelques-uns des cas observés par M. Louis, mais sans résultat notable. On ne devra donc avoir en eux qu'une confiance limitée, et en diriger surtout l'application contre les douleurs et le vomissement. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *sinapismes*, des *cautères*, des *moxas*, des frictions avec l'*huile de croton tiglium*, des emplâtres saupoudrés avec l'*émétique*, de la *pommade d'Autenrieth*.

*Narcotiques.* — Les narcotiques sont habituellement mis en usage pour calmer les douleurs et arrêter les vomissements ; on doit les regarder comme faisant partie du *traitement palliatif*, qui peut rendre les symptômes plus supportables au début, mais qui, selon la remarque de M. Louis, n'a aucun succès à une époque avancée de la maladie. Les *extraits d'opium*, de *datura*, de *jusquiame*, seront prescrits à la *dose de* 0,03 *ou* 0,05 *gramme*, ou mieux encore on administrera des *lavements d'eau de guimauve avec addition de dix ou douze gouttes de laudanum de Sydenham.* Des *cataplasmes fortement laudanisés* seront encore appliqués sur la région épigastrique.

*Antivomitifs.* — La fréquence et la persistance des vomissements peuvent engager à prescrire la *potion de Rivière*, l'*eau de Seltz* ou tout autre antiémétique; mais si le symptôme est dû à une exaspération de l'inflammation chronique, on est généralement sobre de ces moyens.

*Vomitifs.* — Il semble que les vomitifs doivent, dans une maladie semblable, exaspérer considérablement les symptômes : cependant on voit, dans plusieurs observations de M. Louis, qu'ils n'ont nullement produit cet effet ; mais, d'un autre côté, ils n'ont pas procuré d'amélioration notable, en sorte que, à moins de circonstances particulières, on ne doit pas les mettre en usage ; et si, après les avoir administrés, on n'observe pas d'amendement sensible dans les symptômes, on doit y renoncer promptement.

*Purgatifs.* — Nous avons vu que, dans la plupart des cas où la gastrite chronique vient compliquer une autre affection, il y a une diarrhée qui n'est qu'un symptôme de cette dernière. En pareil cas, les purgatifs sont évidemment inutiles;

mais la constipation peut se montrer dans les cas simples, et elle doit être combattue par de légers purgatifs, comme dans les cas de gastrite aiguë. On n'a pas plus à craindre ici ces effets désastreux qu'on redoutait il y a quelques années.

*Boissons et régime.* — Ce que nous avons dit à propos de la gastrite aiguë s'applique entièrement au traitement de la gastrite chronique ; ce serait par conséquent tomber dans des redites inutiles que d'y revenir ici.

*Moyens divers proposés par les auteurs.* — Que dire maintenant de tous ces moyens préconisés par la plupart des auteurs : de l'*eau de Vichy*, des *ferrugineux*, du *sous-nitrate de bismuth*, des *bains froids*, des *affusions*, des *bains de mer*, de l'*exercice*, etc. ? N'est-il pas évident qu'on a eu en vue, en les recommandant, le traitement de la *gastralgie* et du *vomissement nerveux* plutôt que celui de la gastrite chronique ? Renvoyons donc à un des articles suivants ce que nous avons à en dire, et terminons ici l'histoire de ce traitement, qui demande à être éclairé par de nouvelles observations. Un résumé et des ordonnances seraient inutiles.

## ARTICLE VI.

### RAMOLLISSEMENT BLANC AVEC AMINCISSEMENT DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE.

[Les annotateurs de ce livre n'ont pas cru devoir modifier les chapitres suivants sur le *ramollissement blanc* et le *ramollissement gélatiniforme* de l'estomac. Ces deux articles ont été traités par Valleix avec un esprit de critique sage et éclairé ; ils font partie de cette œuvre de transition qui relie le passé à l'avenir et qui ménage la tradition sans cependant sacrifier les intérêts de la science nouvelle. Or, parmi les maladies qui, après avoir occupé une place trop considérable dans le cadre nosologique, sont destinées à ne s'y présenter désormais qu'avec des proportions plus modestes, il faut signaler la *gastrite* et ses dérivés, les *ramollissements*. Montrer que les prétendues *gastrites* n'offraient point les caractères de l'*inflammation*, et substituer à ce mot celui de *ramollissement* dans quelques cas, a été un progrès que l'on doit aux savantes et consciencieuses recherches de M. Louis. Ces recherches ne se sont point arrêtées là, ainsi qu'on le verra, et l'observation a, peu à peu, montré que le ramollissement même était une lésion sur la valeur nosologique de laquelle il y avait matière à discussion. Des lésions ultimes, cadavériques, peuvent donner le change et être mal interprétées. D'ailleurs, une connaissance plus approfondie des caractères anatomiques qui doivent faire reconnaître avec certitude les lésions propres au cancer de l'estomac d'une part, de l'autre à l'ulcère simple de cet organe, a conduit quelques médecins de nos jours à ne tenir que peu de compte de la gastrite et du ramollissement dont on a été même jusqu'à contester presque l'existence en dehors des cas où un agent toxique intervient. Nous verrons aux articles ulcère simple et dyspepsie que les maladies de l'estomac ont été bien étudiées de nos jours, et que si la nosographie s'est modifiée et amoindrie sous certains rapports, elle ne s'est pas pour cela appauvrie ; les faits intéressants qui avaient été le sujet de si nombreux travaux et de si vives discussions à une époque encore peu éloignée de nous, n'ont pas été négligés et ne sont pas tombés dans l'oubli ; ils ont été, au contraire, mieux vus, interprétés plus

sainement, et appréciés à leur juste valeur, grâce aux progrès de l'observation clinique et de l'anatomie pathologique.]

Déjà Hunter (1), dans un mémoire lu en 1772 à la Société royale de Londres, avait constaté chez un bon nombre de cadavres une altération qu'il attribuait à la digestion de l'estomac par le suc gastrique. Cet auteur célèbre n'avait fait que de l'anatomie pathologique, ayant observé la lésion dont il s'agit chez les hommes morts subitement, ou chez les animaux tués dans un but expérimental. Aussi regardait-il les altérations de l'estomac comme s'étant évidemment développées après la mort. Voici, du reste, comment il s'exprime relativement à l'état de l'organe. J'emprunte à M. Carswell la traduction qu'il a donnée de ce passage, dans son mémoire (2) que je devrai maintes fois citer un peu plus loin :

« Il y a peu de cadavres, dit Hunter, dans lesquels l'estomac, à son grand cul-de-sac, ne se trouve plus ou moins digéré, et celui qui est dans l'habitude d'en ouvrir peut facilement suivre ces différentes gradations. Pour constater cet état, on n'a qu'à comparer la surface interne du grand cul-de-sac de l'estomac avec une autre partie de cette même surface. Les parties saines sont molles, spongieuses, granulées, sans vascularité apparente, opaques et épaisses, tandis que les autres sont lisses, minces et plus transparentes. Des vaisseaux s'y ramifient, et quand on fait passer le sang qu'ils contiennent des grosses branches dans les plus petites, il sort par leurs extrémités digérées, et paraît sur la surface interne de l'estomac sous forme de gouttelettes. »

Hunter a également décrit de larges *perforations* qui résultent de cette digestion des parois de l'estomac, lorsqu'elle est portée à son plus haut degré. Spallanzani, suivant M. Carswell, constata sur les poissons l'exactitude des opinions émises par Hunter. Cette manière de voir fut également partagée par Allan Burns, dans un mémoire sur la digestion de l'estomac après la mort ; mais de plus cet auteur nota, ainsi que le fait remarquer M. Carswell, la perforation de l'estomac par le suc gastrique chez les individus exténués par de longues maladies.

Jaeger (3), tout en constatant l'existence de ces faits, chercha à les expliquer par une action du système nerveux qui change la sécrétion du tube intestinal et sa réaction sur les matières qu'il contient, d'où résultent la formation d'une plus grande quantité d'acide acétique et la dissolution gélatiniforme de la muqueuse stomacale.

L'explication de Chaussier (4) a quelque analogie avec celle de Jaeger. Toutefois ce n'est pas, suivant lui, un trouble nerveux qui donne lieu à la production surabondante de l'acide, mais bien une irritation primitive et spéciale des tuniques de l'estomac. Les opinions de MM. Lainé (5), Morin (6), sont toutes théoriques, puisque le premier attribue la lésion à une action morbide d'érosion, et le second à une altération de nutrition. Quant à Camerer (7), à M. Wilson Philipp, au doc-

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*. Paris, 1830, t. VII.
(2) *Œuvres complètes de Hunter*. Paris, 1843, t. IV, p. 189.
(3) *Ueber die Erweichung des Magengrundes* (*Hufeland's Journal*, 1811 et 1813).
(4) *Bulletin des sciences médicales du département de l'Eure*, numéro 53.
(5) *Considérations médico-légales sur les érosions et les perforations spontanées de l'estomac*. Paris, 1819, in-8.
(6) *Quelques cas d'érosions de l'estomac*. Paris, 1806, thèse in-4.
(7) *Dissertation inaugurale*. Stuttgart, 1818.

teur Gardner (1), ils n'ont fait que répéter les expériences faites avant eux sur l'action dissolvante du suc gastrique après la mort.

On voit que les auteurs qui précèdent n'ont eu en vue, dans leurs expériences, que ce qui se passe sur les cadavres, et la disposition particulière qui, pendant la vie, favorise la production de cette lésion cadavérique. M. Louis (2) eut occasion d'observer une lésion particulière chez des sujets qui avaient, pendant leur vie, présenté de graves symptômes du côté de l'estomac. Ce mémoire, que nous avons plusieurs fois cité à l'occasion de la gastrite chronique, étendit par conséquent la question au delà des limites dans lesquelles on l'avait jusque-là renfermée. Cependant Billard fait remarquer que Rœderer et Wagler avaient indiqué cette lésion, et voici la citation qu'il fait à ce sujet : « La tunique veloutée de l'estomac était enflammée vers la petite courbure et le cul-de-sac ; vers la grande courbure, on la voyait insensiblement plus bleuâtre, avec des taches blanches qui paraissaient en dessous. Les mêmes membranes, dans les endroits indiqués, étaient minces. » Il y a loin, comme on le voit, de ces quelques mots à la description si exacte que M. Louis nous a donnée des symptômes et de la lésion.

Les faits cités par M. Louis étaient venus faire considérer sous un point de vue nouveau cette altération que les auteurs précédents n'avaient recherchée que sur le cadavre, lorsque M. Carswell, dans un mémoire plein d'intérêt, fit naître des doutes sur la nature pathologique du ramollissement dont il s'agit, en instituant ses expériences bien connues sur des animaux qu'il tuait au moment de la digestion.

Il était important, avant d'entrer dans la discussion qui va suivre, d'exposer ainsi l'état de la science. Ce n'est point un historique complet que nous avons prétendu faire ; nous avons voulu seulement établir les principaux points qu'il importe d'examiner. Voyons maintenant ce que nous devons penser de cette lésion qui a donné lieu à tant d'opinions diverses, et commençons par en présenter une description exacte, afin qu'on sache de quoi il s'agit. Voici d'abord celle que nous a donnée M. Louis (3) :

« Les dimensions de l'estomac étaient variables ; rétréci chez plusieurs sujets, il était volumineux chez d'autres, et avait rarement la capacité qui lui paraît naturelle.

» A l'extérieur, il n'avait rien de remarquable ; à l'intérieur, il présentait, dans une partie variable de sa surface, une couleur d'un blanc pâle, ordinairement bleuâtre, continue ou disposée par bandes longues et étroites, ou même par plaques plus ou moins rapprochées, irrégulièrement arrondies. Ce coup d'œil bleuâtre frappait au premier abord, et les parties qui en étaient le siége se faisaient encore remarquer par une différence de niveau avec les parties environnantes, aussi sensible au toucher qu'à la vue. Mais, tandis que, dans le cas d'ulcération de la membrane muqueuse, les bords de l'ulcère sont coupés net et perpendiculairement, on n'ob-

(1) *Transactions med.-chir. of Edinburgh*, t. I.
(2) *Du ramollissement avec amincissement et de la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac* (*Archives générales de médecine*, 1824, et *Mémoires ou recherches anatomo-pathologiques*, Paris, 1826).
(3) *Loc. cit.*, p. 48.

servait ici qu'un affaissement très marqué au point de contact de la portion de la membrane qui offrait l'aspect en question, et de celle qui l'environnait.

» Dans les points correspondants à la lésion, la membrane muqueuse était pâle, d'une ténuité et d'une mollesse extrêmes, transformée en une espèce de mucus glaireux, demi-transparent, de l'épaisseur de la membrane muqueuse du côlon, quelquefois moins. En sorte que, si l'on n'y eût apporté la plus grande attention, on aurait pu croire, dans beaucoup de cas, la muqueuse gastrique entièrement détruite et la tunique celluleuse tout à fait à nu : quelquefois, à la vérité, cette destruction existait dans une petite étendue, plus rarement dans un espace considérable. Les vaisseaux qui rampent à la surface du tissu sous-muqueux étaient très apparents, larges et vides. Quand il y avait des mucosités dans l'estomac, on n'en rencontrait ni dans la partie où la membrane muqueuse avait été détruite, ni là où elle avait subi la transformation indiquée.

» Au lieu de la teinte blanchâtre et bleuâtre dont nous venons de parler, la membrane muqueuse, ramollie et amincie, était quelquefois d'un blanc pâle et opaque, ou même grise. Quelquefois encore, la couleur blanchâtre et bleuâtre se trouvait mêlée de taches rougeâtres ou noirâtres, ce qui semblait indiquer que la couleur n'était pas un des caractères essentiels de la lésion.

» Quand cette lésion se présentait sous forme de bandes longues et étroites, elle était presque également répartie sur toute la surface de l'estomac. Quand, au contraire, elle était continue à elle-même, elle occupait la grosse extrémité du ventricule, était rarement bornée au grand cul-de-sac, et existait quelquefois en même temps près du pylore et du cardia.

» A deux exceptions près, le tissu sous-muqueux était sain et d'une fermeté convenable. Nous l'avons vu plus dense que d'ordinaire dans certains cas ; mais la différence ne nous a pas semblé assez évidente pour rien affirmer de positif à cet égard. La membrane musculaire était ramollie dans les mêmes circonstances que la sous-muqueuse.

» L'amincissement avec ramollissement léger, l'amincissement avec ramollissement considérable de la membrane muqueuse, sa destruction, celle de tous les tissus de l'estomac dans une certaine étendue, à l'exception de la tunique péritonéale, se rencontraient quelquefois chez le même sujet, et offraient, ainsi que nous l'avons remarqué, le tableau de la marche de la nature dans les perforations de l'estomac.

» Outre la lésion que nous venons de décrire, la membrane muqueuse de l'estomac offrait encore, dans le reste de son étendue, des particularités qu'il importe de faire connaître. Ainsi nous l'avons trouvée, dans 4 cas, d'un rose tendre ou plus ou moins vif, un peu grisâtre dans deux autres. Quelquefois cette couleur rouge était extrêmement vive au voisinage de la muqueuse décolorée, ramollie, amincie, et la partie de la membrane où on l'observait était mince et presque aussi molle que la portion décolorée avec laquelle elle se continuait. Dans plusieurs cas, la muqueuse était inégale, mamelonnée ou bourgeonnée à sa surface, et quelquefois des ulcérations plus ou moins profondes se joignaient à cette lésion. »

Nous ne pouvions pas trouver un meilleur point de comparaison pour examiner le mémoire de M. Carswell. Ce qu'il y a surtout à remarquer dans la description qui précède, c'est l'amincissement de la muqueuse, son ramollissement extrême,

sa destruction en quelques endroits, la couleur blanc bleuâtre qu'elle offrait dans les points altérés, la forme des bandes qu'affectait parfois cette lésion, et enfin la couleur rosée ou rouge vif, le mamelonnement et les ulcérations que l'on observait aux environs. Voyons maintenant ce qui a été trouvé par M. Carswell sur des animaux tués pendant l'acte de la digestion.

Cet auteur, ayant tué brusquement des lapins après les avoir fait manger copieusement, a vu la partie la plus déclive de l'estomac ramollie dans une plus ou moins grande profondeur, suivant que l'action des liquides qu'il contenait avait été plus ou moins forte. Ainsi, dans un point, on trouvait une ou plusieurs perforations, avec sortie de la matière chymeuse; aux environs, c'était une érosion, une destruction de la membrane musculeuse et de la muqueuse; plus loin, celle-ci était seule ramollie. Les parties ainsi altérées présentaient la couleur blanche avec le reflet bleuâtre et la demi-transparence que nous avons signalée dans les observations recueillies par M. Louis. M. Carswell, pour faire comprendre la différence qui existe entre ce ramollissement cadavérique et le ramollissement pathologique, se sert de la comparaison suivante : Le premier, dit-il, pourrait être comparé à la fécule qu'on a fait bouillir dans l'eau, et le second, à cette substance qu'on aurait seulement délayée. En outre, cet expérimentateur a remarqué que les vaisseaux environnants avaient une couleur brune noirâtre très marquée, ce qu'il attribue à l'action du suc gastrique sur le sang. Enfin, il fait remarquer que les organes qui environnent l'estomac, et avec lesquels le liquide que contenait celui-ci est en contact après la perforation, présentaient eux-mêmes un ramollissement semblable; mais que, dans aucun cas, il n'y avait de traces de péritonite violente qui pussent faire croire que le liquide avait été épanché pendant la vie. De ces expériences, il conclut :

« 1° Que le ramollissement, l'érosion et la perforation de l'estomac peuvent se faire et se font souvent après la mort chez des animaux sains tués pendant le travail de la digestion;

» 2° Que ces lésions reconnaissent pour cause le suc gastrique, la sécrétion normale de l'estomac;

» 3° Que les propriétés de ce fluide dans l'estomac qui a subi l'une ou l'autre de ces lésions, ou toutes à la fois, ne diffèrent pas de celles qu'il présente dans un estomac sain et vivant, pendant la digestion des aliments;

» 4° Que l'acidité, dans ces deux cas, est un caractère fixe et essentiel de ce fluide, et que la dissolution des parois de l'estomac, comme celle des aliments, en est la conséquence nécessaire, un effet purement chimique;

» 5° Que le ramollissement, l'érosion et la perforation se produisent également dans d'autres organes, tels que le foie, la rate, les intestins, le diaphragme, le péritoine et les plèvres; que dans tous ces cas le suc gastrique est l'agent chimique qui produit ces lésions, l'action de ce fluide sur ces organes étant déterminée par la position, la pesanteur, l'imbibition ;

» 6° Que les effets qui résultent de l'opération du suc gastrique ne se montrent pas seulement sur l'animal mort; ils se développent d'une manière bien prompte et aussi complète hors de l'animal, dans des organes morts où ce fluide a été introduit;

» 7° Que toutes les lésions observées chez les lapins, soit ramollissement, soit érosion ou perforation, se sont produites après la mort;

» 8° Que l'action dissolvante du suc gastrique est nulle sur les tissus vivants. »

Nous avons rapporté ces conclusions de M. Carswell, afin de faire voir quel est le point d'où il est parti pour combattre l'opinion de ceux qui regardent le ramollissement avec amincissement de l'estomac comme une lésion qui pourrait s'être produite pendant la vie. Elles découlent sans doute de ses expériences, quoiqu'on ne voie pas dans la première partie de son mémoire des raisons bien convaincantes d'admettre, comme il le fait, que l'action dissolvante du suc gastrique ne peut avoir lieu pendant la vie. Mais comme c'est là une opinion physiologique généralement admise, nous allons passer outre et examiner comment M. Carswell cherche à démontrer que le ramollissement, dans les cas analysés plus haut, était une lésion purement cadavérique.

Il se fonde d'abord sur l'identité des lésions; mais nous ferons observer que, dans un certain nombre de cas, ces lésions n'étaient point identiques. Ainsi l'on ne trouve pas, chez les animaux soumis aux expériences, la couleur rosée ou rouge vif, et surtout le mamelonnement de la muqueuse. Or, ce sont précisément ces lésions, auxquelles faisait suite le ramollissement, qui avaient principalement frappé M. Louis, et qui lui avaient fait regarder cette altération comme une conséquence de l'inflammation. M. Carswell, il est vrai, veut rapprocher ces colorations particulières de celles qu'il a observées, et qui proviennent de l'action du suc gastrique sur le liquide contenu dans les vaisseaux; mais évidemment cette comparaison est fautive, puisque, comme M. Louis le fait remarquer, les vaisseaux voisins de la lésion étaient larges et vides. Il y a donc ici une différence entre les faits observés chez les hommes qui ont succombé après une maladie plus ou moins longue et ce qui a été noté chez les animaux sacrifiés dans les expériences.

Quant à la forme de bandes qu'affectait le ramollissement dans certains cas, M. Carswell l'explique par un resserrement de l'estomac qui aurait produit des plis très prononcés dont l'acide gastrique n'aurait pu attaquer que le sommet. Cette explication paraît, en effet, satisfaisante. Toutefois, il serait important d'examiner de nouveau les faits sous ce point de vue.

Jusqu'à présent, nous voyons qu'il y a en faveur de chacune de ces opinions contradictoires des raisons dont il est difficile d'apprécier rigoureusement la valeur: restent maintenant les symptômes qui ont été observés pendant la vie, et c'est là un point très important. M. Carswell a senti combien cette objection était puissante, et il s'est attaché particulièrement à la combattre. Voici comment il s'exprime à ce sujet (1) : « Mais que faut-il dire de ce désordre fonctionnel de l'estomac qui précède souvent les lésions organiques dont il s'agit, et que l'on trouve dans cet organe après la mort? Certes nous ne pouvons y voir que des phénomènes qui décèlent un état de souffrance de l'organe digestif; mais, nos expériences nous ayant conduit à rejeter toute explication des phénomènes fondée sur ces lésions, nous ne pouvons les regarder que comme produits par un état pathologique de l'estomac peu grave en lui-même, symptomatique de désordres plus profonds d'autres organes, d'autres systèmes ou de l'économie tout entière. Il est digne de

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*. Paris, 1830, t. VII, p. 538.

remarque que la fréquence ou la gravité des lésions dont nous parlons coïncide avec des altérations remarquables de la nutrition qui, par le rapport intime qui existe entre cette fonction et celles de l'estomac, doivent produire dans celles-ci des modifications correspondantes. Ainsi c'est chez les enfants que ces lésions se présentent les plus fréquentes et les plus étendues. Après eux viennent les femmes en couches. Chez les premiers, le développement ou la nutrition progressive des organes exige une digestion active et presque constante. Chez les secondes, cette même fonction doit suppléer à une double nutrition, à celle de la mère et à celle de l'enfant. Peut-être aussi devrions-nous voir les mêmes rapports fonctionnels chez les phthisiques et les scrofuleux, où ces lésions ne sont pas rares. Mais, quelle que soit l'importance que l'on attache à cette explication de la fréquence et de la gravité de ces lésions chez les individus dont nous venons de parler, nous pouvons établir en principe qu'elles ne peuvent dépendre, en dernière analyse, que d'une disposition de l'estomac qui favorise la sécrétion du suc gastrique. »

Nous ne croyons pas qu'on puisse être entièrement satisfait d'une pareille explication ; car précisément ce que M. Carswell établit en principe, savoir que la lésion dont il s'agit ne peut être qu'un effet cadavérique, et ne peut par conséquent donner lieu à aucun symptôme pendant la vie, était ce qu'il fallait démontrer par d'autres faits que par des expériences instituées sur des animaux en pleine santé. Si l'on pouvait, en produisant artificiellement chez les animaux une inflammation de l'estomac, prouver que jamais, quelque persistance qu'ait la maladie, elle ne se termine par le ramollissement blanc, à moins que le liquide gastrique n'ait été laissé en contact avec l'organe après la mort, on arriverait à une conclusion plus solide; mais c'est ce que l'on n'a pas encore tenté. Quant à cet état de souffrance mal défini auquel M. Carswell attribue tous les symptômes gastriques observés pendant une longue maladie, on voit que c'est là une idée purement hypothétique que l'auteur a été obligé de mettre en avant pour expliquer les faits.

Il est encore d'autres considérations qui empêchent d'accepter entièrement la manière de voir de M. Carswell, au moins pour un certain nombre de cas. La première, c'est que des expériences faites sur des animaux on n'est pas toujours en droit de conclure rigoureusement à ce qui se passe chez l'homme. La seconde, c'est que, dans quelques cas, l'action du suc gastrique a été nulle, bien que la mort fût survenue pendant l'acte de la digestion ; ce qui, rapproché de la constance avec laquelle la lésion décrite par M. Carswell s'est produite chez les animaux, semble prouver qu'elle exige chez l'homme des circonstances particulières.

Des expériences de M. Carswell il résulte que, dans l'examen cadavérique de l'estomac, l'action du suc gastrique, après la mort, vient souvent constituer une complication qu'il est difficile d'apprécier ; cependant, dans un certain nombre de cas, il existe des signes d'inflammation que l'on ne saurait méconnaître ; qu'enfin il est possible que cette inflammation même favorise dans les parties qu'elle a atteintes le ramollissement cadavérique, non-seulement en modifiant la composition du fluide gastrique, mais encore en rendant l'organe plus sensible à l'action de ce fluide. Cette explication laisse encore à désirer ; mais la similitude qui existe sous le rapport des symptômes, entre les cas évidents d'inflammation et ceux de simple

ramollissement, la rend seule admissible, jusqu'à ce que de nouvelles observations soient venues nous éclairer définitivement (1).

Nous croyons qu'il résulte de la discussion précédente, que l'on doit confondre, relativement aux symptômes, ce ramollissement avec la gastrite chronique, dont il est ordinairement une conséquence soit pathologique, soit cadavérique. Sauf quelques cas où l'affection qui nous occupe est latente, dans les maladies entraînant la mort et qui ne donnent pas lieu aux symptômes dont il s'agit, on ne trouve pas plus le ramollissement blanc que le ramollissement rouge et franchement inflammatoire.

Il n'est point indifférent pour le praticien de regarder ce ramollissement comme un effet purement cadavérique, et d'en séparer entièrement les symptômes pour les rapporter uniquement à un simple état de souffrance de l'estomac, ou bien de regarder ceux-ci comme l'expression d'une lésion profonde de l'organe. Dans le premier cas, en effet, on serait sans doute porté soit à n'avoir recours à aucun traitement local, soit à employer des moyens bien différents de ceux que l'on mettrait en usage dans la seconde manière de voir.

On sent qu'il serait inutile de parler du traitement du ramollissement avec amincissement de l'estomac, puisque, ayant admis qu'il se produit dans les mêmes circonstances que la gastrite chronique, il n'y a pas d'autre traitement à lui opposer que celui de cette maladie. Malheureusement la lésion est souvent trop profonde pour que l'on puisse espérer de bons effets d'une médication quelconque. Cependant n'oublions pas les observations de guérison rapportées par M. Louis.

## ARTICLE VII.

### RAMOLLISSEMENT GÉLATINIFORME DE L'ESTOMAC.

Voici encore une altération dont il est bien difficile d'apprécier la valeur. Nous allons trouver, il est vrai, dans les auteurs, une description de ses caractères et de ses symptômes ; mais nous serons arrêtés sur bien des points, et notamment dans la détermination de la nature de la maladie.

C'est à M. Cruveilhier (2) qu'on doit la première description de ce ramollissement qu'il a, suivant son rapport, observé sous *forme épidémique* en province, et plus tard retrouvé à Paris. Cet auteur a non-seulement étudié la lésion et les symptômes qu'elle produit, mais encore recherché ses causes et indiqué son traitement.

Billard (3) a cité quelques observations dans lesquelles le ramollissement s'est montré à un haut degré, et a tracé une courte description générale qui ne diffère pas très sensiblement de celle de M. Cruveilhier. Il est peu d'autres auteurs qui se soient occupés d'une manière spéciale de cette espèce de ramollissement (4). Quant

(1) Voy. à ce sujet, ce que j'ai dit à l'article *Gastrite chronique simple.*

(2) *Méd. éclairée par l'anatomie pathologique*, Paris, 1821, et *Anatomie pathologique du corps humain*, in-folio avec planches coloriées, 10e livraison.

(3) *Traité des maladies des enfants : Maladies de l'appareil digestif ; Ramollissement gélatineux.*

(4) Nous n'ignorons pas cependant qu'il a paru en Allemagne plusieurs travaux sur ce sujet

à nous, nous devons dire que, dans l'espace de trois ans passés aux Enfants trouvés, nous n'en avons pas rencontré un seul exemple bien déterminé, et, d'un autre côté, M. Louis n'en a jamais vu chez l'adulte, quoiqu'il ait examiné l'estomac dans tant de maladies diverses ; ce qui prouve que si cette affection n'est pas très rare, du moins elle ne se montre pas indifféremment dans toutes les circonstances. Ce sont, au reste, des questions sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

*Causes.* — M. Cruveilhier nous apprend que la maladie se montra d'abord à son observation sous *forme épidémique*, et régna durant les plus *fortes chaleurs de l'été*. Cet auteur ne regarde comme démontrées ni l'influence de l'éruption des dents, ni celle de la présence des *vers dans le tube digestif*. Il accorde une grande importance à certaines *affections fébriles*, et surtout aux affections *cutanées*, comme la *scarlatine* et la *variole*.

Telles sont les principales circonstances dans lesquelles, suivant cet auteur, se produit le ramollissement gélatiniforme. Quant aux causes qui favorisent son apparition, ce sont toutes celles qui irritent violemment l'estomac, et en particulier les *amers* et les *purgatifs violents*.

Dans les observations que nous connaissons, ce ramollissement s'est montré constamment comme lésion secondaire. Chez les sujets observés par Billard, c'était dans le cours du *muguet* qu'apparaissaient les symptômes gastriques. M. Cruveilhier, ainsi que nous l'avons vu, a rencontré la maladie dans le cours d'autres affections, et nous-même nous n'avons vu un ramollissement qui se rapprochât un peu de celui dont il est ici question que dans un cas de muguet intense. Sous ce rapport, par conséquent, le ramollissement gélatiniforme ne diffère pas sensiblement de celui que nous venons de décrire dans l'article précédent.

*Symptômes.* — Ce sont Billard et M. Cruveilhier qui ont décrit avec le plus de soin les symptômes de cette affection ; c'est à eux par conséquent que nous empruntons la description suivante.

D'après M. Cruveilhier, il y a d'abord une *première période* pendant laquelle se développent les phénomènes dont voici le tableau : La digestion se trouble ; l'enfant est pris d'un dévoiement qui augmente rapidement ; il dépérit à vue d'œil, devient difficile, capricieux, morose, veut toujours avoir le mamelon à la bouche s'il tette encore, et repousse les aliments qu'il recherchait le plus. Il a une *soif* très vive, ce que l'on reconnaît à l'avidité avec laquelle il saisit le vase qu'on lui présente. Cette première période peut durer depuis huit jours jusqu'à deux mois, et suivant l'auteur que nous citons, le dévoiement et les symptômes qui l'accompagnent ressemblent tellement à d'autres maladies peu dangereuses, qu'il faut être sur ses gardes pour ne pas prendre le change.

La *seconde période* est la seule à laquelle Billard ait donné son attention ; voici comment il la décrit : La maladie débute ordinairement par les symptômes d'une gastrite violente : tels sont la *tension de l'épigastre*, dont la région est *douloureuse* au toucher, et des *vomissements*, non-seulement du lait et des boissons, mais encore de matières jaunes ou vertes ; ces vomissements surviennent à chaque moment, soit immédiatement, soit longtemps après que l'enfant a bu ou mangé.

Nous connaissons en particulier le mémoire de M. Iselin, de Mulheim, traduit dans les *Archives de médecine* (3e série, 1840, t. VIII, p. 201). Mais plusieurs états divers étant confondus dans ces travaux, il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à s'en servir.

Relativement à ces symptômes, M. Cruveilhier fait remarquer que l'affection de l'estomac peut aussi débuter par des *nausées* précédant des *vomissements continuels*, et qu'il y a en outre une *toux avec régurgitation*, comme dans la coqueluche.

Il y a quelquefois, ajoute Billard, de la *diarrhée*, et cette diarrhée varie suivant les sujets; elle revient après avoir cessé un ou deux jours. Les *matières* du dévoiement sont très souvent vertes comme celles du vomissement.

M. Cruveilhier insiste sur cette couleur verte des déjections alvines. Les selles, dit-il, sont vertes et *semblables à de l'herbe hachée.* De plus, il ajoute qu'elles exhalent une *odeur putride.* Mais continuons la description donnée par Billard :

La *peau*, dit cet auteur, est *froide* aux extrémités. Le *pouls*, ordinairement irrégulier, présente peu de caractères constants. La *physionomie* exprime naturellement la douleur; la *face* reste ridée, comme si l'enfant criait. Son *cri* est pénible, sa *respiration* saccadée, et l'*agitation* générale est telle, qu'on serait porté à croire à l'existence d'une affection cérébrale.

A ces premiers symptômes succède un état général de *prostration* et d'*insensibilité*, dont quelques réveils de douleurs viennent de temps en temps tirer l'enfant pour faire renaître l'agitation qui s'était montrée au début de la maladie. Enfin, au bout de six, huit ou quinze jours, et quelquefois au bout d'un temps plus long encore, le malade succombe, épuisé par l'*insomnie*, les vomissements continuels et la douleur. Chez les enfants fort jeunes, il se manifeste à peine un peu de fièvre au milieu de ce désordre. Lorsque la maladie est chronique, la marche des accidents est plus lente.

M. Cruveilhier a insisté sur la plupart de ces symptômes, et notamment sur la grande agitation des malades. Il indique en outre le *grincement des dents*, l'état des *yeux*, qui sont à demi fermés et tournés en haut, quelquefois largement ouverts et immobiles; l'expression de la *face*, qui est *cadavéreuse*, et une *émaciation*, qui est portée au plus haut degré dans l'espace de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Tels sont les symptômes exposés par ces auteurs, qui les ont décrits méthodiquement. Si maintenant nous les examinons sous un point de vue critique, nous verrons qu'il n'est point parfaitement démontré que l'on doive les rapporter tous à la lésion de l'estomac. Prenons, en particulier, les observations de Billard. N'est-il pas un bon nombre de ces phénomènes qui paraissent appartenir bien plutôt à la maladie principale, c'est-à-dire au *muguet*, qu'à une lésion de l'estomac que nous avons vue, plus haut, donner presque uniquement lieu à des symptômes locaux? Qu'on se rappelle, en effet, la description que nous avons donnée du *Muguet* (voy. p. 432 et suiv.), et l'on verra que l'agitation venant interrompre un calme plus ou moins profond, la soif, le collapsus dans lequel tombent les malades, l'émaciation, la diarrhée verte, sont des symptômes de cette maladie : nouvelle raison de croire que le ramollissement gélatiniforme de l'estomac n'est, dans la grande majorité des cas, qu'une lésion secondaire due à une maladie fébrile antécédente. C'est ce qui nous explique la manière de voir contradictoire de plusieurs auteurs : car les uns n'ont eu égard qu'aux symptômes de la maladie principale, et les autres n'ont porté leur attention que sur les symptômes locaux. Il n'est même pas démontré que les vomissements si remarquables, observés dans les cas recueillis par

M. Cruveilhier et par Billard, aient été uniquement produits par la lésion de l'estomac. Nous avons constaté, en effet, qu'ils se montrent avec les mêmes caractères dans le muguet : toutefois il faut reconnaître que l'état des parois gastriques a dû favoriser leur apparition, et, sans doute, augmenter leur fréquence.

*Marche, durée, terminaison.* — Nous avons vu que Billard reconnaissait un ramollissement gélatiniforme de l'estomac à *marche aiguë*, et un autre à *marche lente;* mais, encore ici, n'est-ce pas la marche de la maladie principale que cet auteur a eue en vue? Dans la gastrite secondaire, on aurait pu faire la même confusion, si les faits n'avaient été étudiés avec beaucoup de soin. La même réflexion s'applique aux symptômes précurseurs ou prodromes admis par M. Cruveilhier.

Quant à la *durée* de l'affection gastrique elle-même, on vient de voir que Billard la renferme, pour la grande majorité des cas, dans un espace de huit à quinze jours.

Dans les faits que nous connaissons, la maladie a eu presque toujours, sinon toujours, une *terminaison* fatale, et c'est encore un motif de penser qu'elle n'était autre chose qu'une affection secondaire, venant ajouter une nouvelle cause de mort à celles qui existaient déjà.

*Lésions anatomiques.* — Le passage suivant, tiré d'une observation de Billard, nous fera connaître quelles sont les lésions qui ont été décrites sous le nom de *ramollissement gélatiniforme :* « L'estomac est d'un blanc jaunâtre dans toute son étendue ; mais, au niveau de la grande courbure, la membrane muqueuse est très tuméfiée, blanchâtre, et tellement molle, qu'elle se rompt dès qu'on y touche, et tombe sous les doigts sous forme d'une pulpe mollasse et humide. En pressant cette membrane entre les doigts, on en fait exsuder un fluide séreux qui, reçu dans un verre de montre, se congèle au bout d'une demi-heure, et présente alors le même aspect et la même consistance gélatiniforme qu'avait l'estomac. Les autres tuniques, qui sont comme macérées dans ce liquide, se rompent avec la plus grande facilité dès que l'on exerce sur elles la moindre traction. »

Dans l'observation suivante, Billard complète cette description en ces termes : « Lorsque le détritus de la membrane muqueuse est enlevé, la tunique musculeuse, dont les fibres sont restées intactes, forme, avec la tunique séreuse, le fond de la désorganisation. La circonférence du ramollissement est entourée par un bourrelet ou boursouflement très rouge de la membrane muqueuse, qui, dans cet endroit, n'est point encore ramollie, et qui, lorsqu'on la coupe, paraît comme infiltrée d'une sérosité sanguinolente. Le reste de la surface de l'estomac offre quelques stries irrégulières d'un rouge plus ou moins vif et, dans certains points, une injection capilliforme très intense. »

Ce qu'il y a de remarquable dans cette description, c'est l'épaississement considérable de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, l'infiltration séreuse ou séro-sanguinolente dont ces parties sont le siége, et enfin, dans le dernier fait, cette rougeur vive qui semble indiquer l'existence d'une inflammation. Il y a, comme on le voit, une bien grande différence entre cette lésion et celle qui a été décrite plus haut sous le nom de *ramollissement avec amincissement.* Celle dont il s'agit ici ne peut évidemment être rapportée à une lésion purement cadavérique, quoique M. Carswell ait pensé le contraire. On ne conçoit pas, en effet, qu'une simple

digestion de l'estomac par le suc gastrique puisse produire une tuméfaction des parties et une infiltration séreuse ou séro-sanguinolente.

*Diagnostic.* — La tension, la douleur de l'épigastre, les vomissements continuels font, il est vrai, reconnaître qu'il existe une lésion de l'estomac, mais peuvent-ils nous éclairer sur sa nature? Nous ne le pensons pas; car, si l'on se rappelle ce qui se passe dans les cas de muguet, alors qu'il existe un simple ramollissement avec rougeur, inflammation et épaississement de la muqueuse, on voit que les symptômes sont absolument les mêmes. D'un autre côté, pour bien préciser la valeur des symptômes dus à l'affection gastrique, il aurait fallu les distinguer avec soin de ceux qui appartiennent aux maladies dans lesquelles elle se produit, et c'est ce que l'on n'a pas fait. Il serait donc prématuré de vouloir tracer un diagnostic différentiel du ramollissement gélatiniforme, avant que de nouvelles observations soient venues nous éclairer sur ce point obscur de pathologie.

*Pronostic.* —Ce que nous avons dit plus haut de la terminaison fatale, si fréquente dans les cas où a existé le ramollissement gélatiniforme, et de la grande gravité des maladies dans le cours desquelles on le voit apparaître, prouve que l'état des sujets qui en sont atteints est presque désespéré.

*Traitement.* — Billard se contente de dire que le traitement de cette maladie rentre dans celui de la gastrite en général, et que toutefois il doit être plus prompt, plus énergique que jamais; car la maladie qu'il est destiné à combattre marche avec une rapidité si effrayante, qu'il faut s'empresser d'agir dès l'apparition du premier symptôme propre à la faire connaître.

M. Cruveilhier s'est, au contraire, attaché à tracer le traitement propre à la maladie qui nous occupe; il le divise en *traitement curatif* et *traitement prophylactique*, et voici, selon lui, comment il doit être dirigé :

*Traitement curatif. — Diminution des boissons.* — D'abord M. Cruveilhier recommande *de ne pas satisfaire l'avidité que l'enfant manifeste pour les boissons.* Il a, en effet, dit-il, remarqué que les symptômes s'aggravaient toujours quand on ne prenait pas cette précaution.

*Diète lactée.* — Il veut que l'on se borne à donner un peu de *lait* aux malades, et, autant que possible, le lait d'une bonne nourrice. Si toutefois l'enfant est sevré depuis longtemps, s'il mord le mamelon, ou si, pour toute autre raison, il n'est pas possible d'employer l'allaitement naturel, il faut, suivant cet auteur, y suppléer par l'*allaitement artificiel*, mais en ayant soin de ne donner à l'enfant que du lait récemment trait et conservant sa chaleur naturelle. Il insiste beaucoup sur l'importance de cette recommandation. Après le lait de femme, celui, dit-il, qui convient el mieux, est le *lait d'ânesse;* puis viennent ceux *de vache* et *de chèvre*, auxquels il faut ajouter du sucre.

*Bains chauds, émollients ou toniques.* — M. Cruveilhier recommande ensuite les *bains chauds*, dont la température doit être aussi élevée que l'enfant peut la supporter, afin de provoquer la transpiration. Ces bains, d'abord composés avec des décoctions de *plantes mucilagineuses*, sont plus tard rendus toniques par l'infusion de quelques *herbes aromatiques*, du *quinquina*, de la *tanaisie*, ou de l'*absinthe*.

*Opium.* — Vient ensuite l'opium, sur l'administration duquel il insiste beaucoup. Il le prescrit de la manière suivante :

℞ Extrait gommeux d'opium. 0,05 gram. | Sirop de gomme............. 60 gram.

Mêlez exactement.

℞ De ce mélange................................. 15 gram.

Délayez dans :

Eau commune................................. 90 gram.

A prendre par cuillerées à café, de deux en deux heures.

Dans le cas où ce médicament serait promptement vomi, il faudrait le donner à la *dose d'un centigramme seulement*, dans un *lavement* de graine de lin ou de gélatine.

*Émissions sanguines, sinapismes, vésicatoires.* — Quoiqu'il n'ait observé aucun effet bien sensible de la part des *émissions sanguines*, des *sinapismes*, et des *vésicatoires*, M. Cruveilhier pense que ces moyens peuvent venir en aide à la diète lactée, aux bains et à l'opium. Nous ferons toutefois remarquer, relativement aux sinapismes et aux vésicatoires, que les maladies dans lesquelles se produit le ramollissement gélatiniforme sont des affections fébriles, et que, puisqu'on n'a aucune preuve de l'efficacité de ces moyens, il ne serait pas prudent de les mettre en usage, surtout chez des enfants très irritables.

*Traitement prophylactique.* — Pour préserver les enfants de l'affection dont il s'agit, M. Cruveilhier conseille *de ne point les sevrer avant l'âge d'un an.* Toutefois, ajoute-t-il, lorsqu'ils sont très forts, on peut le faire deux ou trois mois plus tôt; mais alors il faut être beaucoup plus sévère sur le choix des aliments. On doit se contenter de donner du *bouillon gras* coupé avec parties égales de lait. On ne doit point sevrer l'enfant trop brusquement; il faut l'accoutumer à prendre de petits repas à heures réglées, et *ne pas lui donner des fruits d'automne.* Il faut en outre *éviter l'abus des purgatifs* et des *vermifuges*, et s'opposer promptement à tout dévoiement, dès qu'il se manifeste.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement curatif.* — Ne pas céder à l'avidité des enfants pour les boissons; diète lactée; bains chauds, d'abord émollients, puis toniques; opium; émissions sanguines; sinapismes, vésicatoires (moyens d'un effet au moins douteux).

2° *Traitement prophylactique.* — Ne pas sevrer les enfants trop tôt; ne pas les sevrer brusquement; ne pas leur donner des fruits d'automne; éviter l'abus des purgatifs et des vermifuges.

## ARTICLE VIII.

### ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC.

[Les annotateurs de ce livre ont cru devoir refaire à peu près complétement cet article qui, dans la précédente édition, était intitulé : *Gastrite ulcéreuse.* Il nous a semblé préférable d'employer l'expression d'*ulcère simple*, qui a le mérite de ne rien préjuger, quant à la cause de la maladie, et de n'être sous la dépendance

d'aucune théorie médicale; d'ailleurs, cette expression est généralement adoptée aujourd'hui par les médecins qui traitent de cette question en France, en Angleterre et en Allemagne. Les noms d'*ulcère simple*, d'*ulcère chronique* (Cruveilhier), d'*ulcère perforant* (Rokitansky), sont synonymes. Pendant longtemps le cancer et l'ulcère de l'estomac ont été confondus, et il a fallu les patientes recherches des anatomo-pathologistes modernes pour que la distinction entre ces deux maladies si différentes fût nettement établie. Il n'y a pas longtemps, on enseignait encore que les vomissements répétés, l'hématémèse, la teinte jaune de la peau, la cachexie, la douleur fixe au creux épigastrique, étaient les principaux signes du cancer de l'estomac; on sait aujourd'hui que ces signes appartiennent également à l'ulcère simple, et que le diagnostic doit se fonder sur des signes plus caractéristiques. On comprend de quelle importance est l'étude parallèle de l'une et de l'autre maladie, le cancer étant incurable, l'ulcère au contraire étant susceptible de guérison, et cela d'autant plus, qu'un bon diagnostic aura mis le médecin à même de discerner le véritable caractère de la maladie et d'instituer un traitement convenable.

C'est à M. Rokitansky et à M. Cruveilhier que revient surtout l'honneur d'avoir déterminé les caractères anatomiques de cette maladie. A cette étude, M. Cruveilhier a joint l'observation des symptômes au lit du malade, et ses travaux ont été le point de départ de recherches nombreuses et intéressantes entreprises dans plusieurs pays, concurremment. Nous ne pouvons citer ici tous les auteurs qui ont traité cette question depuis une dizaine d'années, mais nous indiquerons quelques-uns d'entre eux dont les travaux ont été particulièrement mis à contribution par nous:

Cruveilhier (*Revue médicale*, février et mars 1838; *Anatomie pathologique*, in-fol., avec planches, X^e livraison; *Archives générales de médecine*, février 1856).

Rokitansky (*Archives générales de médecine*, 1839; *Bullet. Soc. anatomique*, Paris, 1852).

W. Brinton (*British med.-chir. Review*, janvier et juillet 1856).

Bennett (*Clinical Lectures*, Edinburgh, 1858).

Luton (*Recueil des travaux de la Soc. méd. d'observation*, 1858, tome I^er). On trouvera dans ce dernier mémoire un historique très complet et un examen critique de la question.

### § I. — Nature, fréquence, siége, causes.

*Nature.* — La maladie consiste dans une ulcération non cancéreuse et susceptible de guérison. Cette ulcération a été comparée par quelques auteurs aux aphthes qui se forment dans la bouche ou aux ulcérations intestinales de la fièvre typhoïde, de la dysenterie et de l'entérite chronique. Il n'y a pas, en tous cas, jusqu'ici, de raison de penser que l'altération du tissu ait pour cause une modification survenue dans la nature et la forme des éléments anatomiques, ainsi que cela a lieu pour le cancer. Rokitansky a émis l'opinion que l'affection est toujours le résultat d'une gangrène circonscrite, survenant sans cause connue. Cette explication ne s'appliquerait qu'au mécanisme de l'ulcération, et non à sa cause et à sa nature intime. Carswell et Jaeger ont vu dans l'ulcère l'action du suc gastrique; cette théorie n'a pas cours aujourd'hui, et elle est restée à l'état de supposition ingénieuse; on peut même dire qu'elle ne méritait pas la vogue dont elle a joui un instant. On a cité

parmi les causes directes l'action des poisons irritants; mais il s'agit, dans ces cas, de lésions chirurgicales traumatiques, et non de la maladie spontanée que nous étudions.

*Fréquence.* — Cette maladie est fréquente, mais sa fréquence paraît varier suivant les climats et les habitudes des différents peuples. On ne saurait aujourd'hui donner une statistique exacte à cet égard, attendu que la maladie est encore peu étudiée, et qu'on serait exposé par conséquent à la croire plus fréquente dans les pays où elle a été l'objet de plus nombreuses recherches. Cependant quelques chiffres montreront qu'elle se rencontre fréquemment en Europe. Rokitansky, en 1839, au début de ses travaux sur cette question, avait réuni 79 cas d'ulcère de l'estomac; Jacksch en comptait 118 cas; M. Luton a fait, en 1858, un relevé de 101 cas; M. Brinton (*loc. cit.*) donne la statistique suivante : Sur un total de 7226 autopsies il a trouvé 360 cas d'ulcère simple de l'estomac, ou 5 pour 100; 190 à l'état d'ulcère actuel; 170 cicatrisés.

Le docteur Bennett (1) s'exprime ainsi :

« D'après les observations que j'ai faites personnellement sur les cadavres, à l'infirmerie royale d'Edinburgh, il ne me semble pas que l'ulcère chronique de l'estomac soit ici une maladie fréquente. Je n'ai, il est vrai, fait aucune statistique régulière, et je ne puis rien affirmer avec certitude; mais je pense que cette maladie ne se rencontre pas 3 fois sur 100 cadavres, tandis qu'à Copenhague et dans quelques hôpitaux d'Allemagne, il paraît que cette proportion est de 6 à 13 pour 100. On a lieu de penser que cette proportion si élevée doit être mise sur le compte des habitudes d'intempérance; nous ferons observer néanmoins que, s'il en était ainsi, on devrait, *à priori*, supposer que cette maladie est fréquente en Écosse, où est très répandue l'habitude de boire des liqueurs fortes (whisky) : or il n'en est rien. »

Le *siége* des ulcérations varie, et l'on verra à l'article *Symptômes* que l'on peut espérer, pendant la vie, de porter un diagnostic exact sur le siége de la maladie, d'après différentes données expérimentales. Le plus ordinairement, c'est aux environs du pylore que la lésion existe, à ce point que les premiers observateurs pensaient que c'était tout à fait un siége de prédilection. D'après une statistique du docteur Brinton, l'ulcère existait, sur 220 cas, 22 fois seulement à l'extrémité pylorique; on voit donc de combien il s'en faut que l'hypothèse précitée soit exacte. M. Luton, dans un récent mémoire (*loc. cit.*), indique les chiffres suivants : sur 79 faits recueillis par Rokitansky, l'ulcère siégeait : près du pylore, 16 fois, et dans le duodénum, 6 fois; sur 101 cas d'ulcère relevés par M. Luton, la lésion occupait le pylore 9 fois, le voisinage du pylore 10 fois, l'origine du duodénum 10 fois.]

M. Rokitansky a trouvé, dans 79 cas, 30 sujets *âgés* de plus de cinquante ans, 21 de moins de trente; les autres présentaient des âges intermédiaires; 4 individus n'étaient âgés que de seize à dix-neuf ans.

Quant au *sexe*, nous trouvons dans les relevés donnés par cet auteur, que, sur les 79 cas, il s'est rencontré 46 femmes et 33 hommes. Si l'on pouvait admettre que dans tous ces faits l'ulcère était parfaitement simple, cette proportion serait

(1) *Clinical Lectures*, 1858.

bien remarquable, puisqu'il s'ensuivrait qu'une maladie qu'on a été porté à attribuer aux irritations répétées de la membrane muqueuse de l'estomac se montre précisément chez le sexe le moins exposé à cette cause.

M. Rokitansky a vu la maladie accompagnée de *flux hémorrhoïdaux irréguliers*, d'une *menstruation anormale* et de la *goutte;* mais il n'a jamais observé un rapport quelconque entre ces maladies.

Les *causes excitantes* seraient, d'après cet auteur, des *irritations répétées de la membrane muqueuse* qui occasionnent enfin une hypertrophie, une augmentation de sécrétion de cette membrane, et finissent par la formation de l'ulcère.

D'après M. Rokitansky encore, les *fièvres intermittentes*, quand elles sont accompagnées de maux d'estomac, ont une grande influence sur la production de cette maladie.

Quant à M. Cruveilhier, il se borne à dire que l'histoire des causes de l'ulcère simple de l'estomac est enveloppée dans une obscurité profonde, ou plutôt que cette maladie reconnaît *toutes les causes de la gastrite.*

Les deux auteurs que nous citons ont malheureusement négligé de nous dire quel était l'état antérieur de santé des sujets affectés de cette maladie.

[Suivant le docteur Brinton, il faut tenir grand compte des circonstances suivantes : la vieillesse, les privations, la fatigue, les préoccupations d'esprit, l'intempérance, telles sont les causes prédisposantes les plus habituelles. L'apparition de la puberté chez les jeunes filles est aussi une cause occasionnelle de cette maladie. Cet auteur insiste beaucoup sur cette cause; la chlorose est assez souvent accompagnée d'ulcère simple de l'estomac, et en pareil cas les troubles menstruels ont toujours été portés au plus haut degré.

Le *sexe* joue donc un rôle considérable parmi les causes prédisposantes de cette affection; et les femmes y sont plus prédisposées que les hommes. Le docteur Brinton donne les chiffres suivants : sur 654 cas d'ulcère de l'estomac, il y a eu 440 femmes et 214 hommes. C'est *pendant la période menstruelle*, *au moment de la puberté*, que les femmes sont surtout exposées à l'ulcère; avant ou après cette époque, les chances sont à peu près égales dans les deux sexes.

*Ages.* — D'après le docteur Brinton, il y a eu, sur 226 cas : de 0 à 10 ans, 2 cas; de 10 à 20 ans, 18 cas; de 20 à 30 ans, 45 cas; de 30 à 40 ans, 39 cas; de 40 à 50 ans, 38 cas; de 50 à 60 ans, 32 cas; de 60 à 70 ans, 32 cas; de 70 à 80 ans, 15 cas; après 80 ans, 5 cas.]

### § II. — Symptômes.

Suivant M. Cruveilhier, il n'est pas rare de rencontrer l'ulcère simple de l'estomac sur le cadavre d'individus qui n'avaient accusé pendant leur vie aucun symptôme du côté de ce viscère. La maladie est alors complétement *latente.* Cette proposition paraîtra sans doute beaucoup trop absolue. D'abord les recherches d'anatomie pathologique ont prouvé que, dans toutes les circonstances, l'ulcère simple de l'estomac est une maladie rare; en second lieu, il ne paraît pas qu'on se soit toujours livré à des investigations suffisantes pour s'assurer si en réalité il n'y avait eu aucun symptôme; le plus souvent on s'est contenté d'observations fort incomplètes.

Dans les cas où la maladie donne lieu aux signes qui lui sont propres, voici ce qu'on observe d'après l'auteur que nous venons de citer : « *Défaut absolu d'appétit*, ou *appétit bizarre.; tristesse* insurmontable, *digestion laborieuse*, *malaise* ou *douleur sourde* à l'épigastre, et quelquefois *douleur épigastrique* extrêmement vive pendant le travail de la digestion, ou même en l'absence de tout aliment dans l'estomac.

« La douleur épigastrique, ou plutôt xiphoïdienne ou sous-sternale, se répète quelquefois, ajoute M. Cruveilhier, dans le point correspondant de la colonne vertébrale, et j'ai vu quelques malades se plaindre plus du point rachidien que du point épigastrique. L'*amaigrissement* plus ou moins rapide, la *constipation*, les *nausées*, les *vomissements* après l'ingestion des aliments, enfin l'*hématémèse* ou le *vomissement noir*, voilà l'ensemble des symptômes que présentent les individus affectés d'ulcères simples de l'estomac, et il est facile de voir qu'aucun de ces symptômes ne peut être érigé en signe pathognomonique. Parmi ces symptômes, les uns sont communs à l'ulcère simple et à la gastrite chronique, les autres à l'ulcère simple et au cancer. »

On voit que dans l'appréciation de ces symptômes, M. Cruveilhier n'a pas fait mention des rapports de la maladie avec la *gastralgie*, et cependant c'est l'affection qui a le plus de points de contact avec celle qui vient d'être décrite. Mais c'est un point sur lequel nous reviendrons à l'occasion du *diagnostic*.

Quant à M. Rokitansky, il insiste sur les *flocons brun noirâtre* qui sont mêlés à la matière des vomissements, sur l'*absence de toute cachexie cancéreuse*, et sur la manière dont se termine la maladie. Suivant lui, elle finit rarement par un affaiblissement général ; et, en pareil cas, il survient quelquefois une dysenterie qui hâte la mort. Plus souvent, il y a une *perforation de l'estomac*, et alors les choses se passent différemment, suivant que la perforation établit une communication entre la cavité du viscère et celle du péritoine, ou suivant qu'elle est arrêtée par un organe voisin. Dans le premier cas, il survient une péritonite suraiguë, affection dont nous donnerons plus loin la description, et, dans le second, on observe des *cardialgies pénibles*, qui quelquefois se prolongent pendant des journées entières, des évanouissements et des vomissements de grandes quantités de sang. Nous avons vu plus haut que ces vomissements annonçaient aussi la perforation d'un vaisseau ; et aux faits de ce genre que nous avons cités il faut joindre ceux qu'ont recueillis MM. Cruveilhier et Rokitansky.

Il est facile de voir que ces symptômes n'ont été présentés que d'une manière vague, et qu'assez souvent les auteurs n'ont eu que de simples renseignements, sans avoir pu suivre la maladie. On sent donc combien il serait important d'avoir des observations rigoureusement prises dans tous leurs détails, et qui permettraient de rechercher si l'ulcère simple présente quelques caractères qui lui sont propres.

[Nous croyons pouvoir aujourd'hui combler cette lacune, grâce aux travaux de plusieurs médecins contemporains. Suivant M. Bennett, les trois symptômes caractéristiques de l'ulcère chronique de l'estomac sont : la douleur qui est augmentée par la pression, les vomissements après l'ingestion des aliments, et l'hématémèse. De ces trois symptômes, le plus important, au point de vue du diagnostic, est l'hématémèse, parce que son apparition rend certain ce qui n'était jusque-là q

conjectural. Néanmoins la maladie peut exister sans que les vaisseaux sanguins soient atteints, auquel cas l'hémorrhagie n'a pas lieu. Quoi qu'il en soit, les symptômes de la dyspepsie chronique, avec vomissements après le repas et douleur persistante au creux épigastrique, lorsqu'ils persistent pendant longtemps, doivent toujours donner lieu de penser à un ulcère de l'estomac, et conduire à un traitement approprié.

La description suivante est empruntée presque textuellement à l'excellent mémoire publié par le docteur Brinton en 1856, dans une revue médicale anglaise (1).

Dans les cas les mieux caractérisés, l'ulcère de l'estomac se traduit par les symptômes suivants : la maladie est annoncée par un trouble de la digestion stomacale; d'abord gêne et douleur à l'épigastre, puis nausées et vomissements ou régurgitations avec expulsion des aliments ou d'un liquide fade ou acide. A cette période de la maladie, il survient parfois brusquement une perforation bientôt suivie d'une péritonite mortelle. Si cet accident ne survient pas, les symptômes dyspeptiques sont bientôt compliqués d'une hémorrhagie stomacale; quelquefois il y a une perte soudaine et considérable de sang, ce qui est un grand danger, le plus souvent c'est une sorte de filtration lente. L'anémie produite par ces hémorrhagies est généralement suivie d'une cachexie qui semble en être complétement indépendante; c'est qu'en effet elle résulte surtout de l'*inanition* qu'amènent nécessairement des vomissements fréquents de matières alimentaires, ou une large destruction de la membrane muqueuse de l'estomac qui empêche les fonctions de cet organe. Chez les jeunes femmes, il y a souvent un autre symptôme, c'est une aménorrhée plus ou moins complète qui est liée à l'un des deux ou aux deux états d'anémie et de cachexie; en d'autres termes, cette aménorrhée peut dépendre de l'ulcération et de l'hémorrhagie. L'accroissement graduel de tous ces symptômes conduit la maladie, dans un temps variable, à une période à partir de laquelle nous allons montrer comment se déroulent les symptômes jusqu'à la terminaison. Pour ce qui est des chances de mort par perforation, par hémorrhagie, par vomissements, par épuisement résultant des progrès de l'ulcération, la lésion finit souvent par l'un de ces modes de terminaison, ou par deux ou plusieurs de ces modes à la fois. Dans d'autres cas, une sédation spontanée de ces symptômes dans l'ordre inverse de leur apparition annonce le retour à la santé; cette amélioration est quelquefois amenée par un traitement médical heureux, et nous pouvons alors nous glorifier d'un résultat dû à notre art. Dans un certain nombre de cas, ces symptômes continuent sans grands changements pendant une durée variable; cependant cette uniformité est de temps en temps rompue par des variations dans l'intensité des symptômes. Les rémissions qui sont à l'une des extrémités de ces fluctuations se transforment quelquefois en des intermittences si complètes, que l'on se demande si l'ulcération s'est arrêtée et reste stationnaire seulement, ou bien s'il s'est formé une véritable cicatrisation. Dans quelques cas la continuation de ces symptômes pendant plusieurs années consécutives vient pour ainsi dire se confondre avec l'affaiblissement des facultés digestives qui résulte de l'approche de la vieillesse: il résulte de la réunion de ces deux circonstances une cause indirecte de mort dont il est difficile d'apprécier d'une façon exacte l'influence réelle.

(1) *On ulcer of the stomach* (*British med.-chir. Review*, janvier, juillet 1856).

Mais les symptômes que nous venons d'énumérer varient d'une façon si remarquable dans certains cas, que chacun d'eux demande une étude spéciale.

*Douleur.* — C'est le premier symptôme qui apparaisse, et c'est le plus constant et le plus caractéristique de tous. Nous doutons même qu'il manque jamais lorsque la maladie parcourt toutes ses périodes. En effet, on a pu citer des cas d'ulcère de l'estomac terminés par perforation, sans que cet accident fatal ait été précédé et annoncé à l'avance par de la douleur. Mais qui nous dit que les malades, en pareil cas, n'ont pas oublié d'indiquer ce symptôme au médecin, surtout s'ils n'ont été vus qu'au moment de l'agonie? Pourtant, dans un ou deux cas d'ulcère de l'estomac que j'ai observés dans ma clientèle, la mort par épuisement survint sans que la douleur se fût montrée autrement que comme le commencement des phénomènes ultimes; il est donc possible, à la rigueur, que dans les cas où la maladie parcourt ses périodes et arrive à une terminaison funeste en très peu de jours, par une perforation subite, la douleur ne soit pas signalée par le malade avant l'accident ultime.

La douleur a des caractères particuliers. Les malades ne la dépeignent qu'exceptionnellement comme lancinante, aiguë. Au début de la maladie, c'est quelque chose de plus qu'une sensation de pesanteur, parfois une tension, le malade dit que ses aliments éprouvent un temps d'arrêt dans l'estomac. Bientôt survient une sensation de *brûlure*, puis de *rongement*, et les nausées apparaissent.

Le moment où se montrent ces accès a aussi quelque chose de caractéristique. Dans la très grande majorité des cas, ils ont lieu de deux à dix minutes après l'ingestion des aliments, et ils se prolongent pendant une ou deux heures, c'est-à-dire pendant le temps qui correspond à la période de la digestion gastrique, puisque, lorsque la digestion est terminée, ils disparaissent peu à peu. Et lorsque, ce qui est fréquent, il y a des vomissements, la douleur cesse aussitôt que l'estomac est débarrassé de son contenu. Dans quelques cas, pourtant, la douleur suit immédiatement la déglutition, au lieu de n'apparaître qu'au bout de quelques minutes. Alors il y a des raisons de penser que c'est l'extrémité de l'estomac qui est malade, surtout s'il y a gêne de la déglutition, ce qui donne à penser que la lésion est située à peu de distance de l'œsophage. Dans quelques cas, la douleur ressemble à celle qui se montre dans la forme la plus ordinaire de la dyspepsie, c'est-à-dire qu'elle apparaît une demi-heure, une heure ou même davantage, après le repas. Enfin, lorsque la lésion est fort étendue ou très ancienne, la douleur perd ses caractères; elle devient alors continue pendant les intervalles des repas, et elle dure des jours, des semaines tout entières, sans interruption; il semble que la vacuité de l'estomac l'augmente, que sa réplétion la calme.

Le siége de la douleur offre aussi des caractères importants. Le lieu où elle apparaît d'abord, où elle a sa plus grande intensité, et où elle reste exactement limitée, correspond au centre de l'épigastre ou sur la ligne médiane, au niveau de la pointe du cartilage xiphoïde. La portion de la région épigastrique qu'occupe la douleur forme une aire circulaire qui n'a guère que quelques pouces de diamètre, quelquefois moins... La douleur se fait quelquefois sentir à l'ombilic, elle incline plus ou moins à droite ou à gauche de la ligne médiane.

La douleur dorsale, signalée pour la première fois par M. Cruveilhier, constitue un symptôme important de l'ulcère de l'estomac. Si nous nous en rapportons à

notre propre expérience, cette douleur apparaît, en général, quelques semaines ou quelques mois après la douleur épigastrique. Cette douleur est en général ressentie entre les deux épaules.

Existe-t-il quelque relation entre le siége de la douleur et le siége réel de la lésion ? Quelques cas sembleraient prouver que cette relation existe : par exemple, une douleur dans la région ombilicale indiquerait que la lésion siége au niveau de la grande courbure de l'estomac. La douleur dans l'hypochondre gauche indique quelquefois que la lésion siége au cardia ; à droite elle donne à penser que c'est le pylore qui est malade.

La douleur s'accroît toujours par la pression. C'est là un signe très important. La moindre pression excite quelquefois une douleur insupportable. Cette pression sur l'épigastre fait apparaître quelquefois non pas seulement la douleur épigastrique, mais même la douleur dorsale. Les femmes, en pareil cas, ne peuvent supporter le contact du corset. Cette sensibilité n'est donc comparable qu'à celle qui se montre dans les cas de péritonite. Bien que ce signe ait un caractère pour ainsi dire spécial et propre à cette maladie, et que l'on puisse le considérer comme constant, il n'existe pas moins quelques observations dans lesquelles on l'a noté comme n'ayant pas prédominé et s'étant montré à un faible degré.

La position qu'affectent les malades pour échapper à la douleur d'estomac a aussi quelque chose de caractéristique ; les uns se tiennent penchés en avant, d'autres ne trouvent de soulagement que dans le décubitus dorsal. Il semble que le siége de l'ulcère influe sur la posture que prend le malade, et que s'il se penche en avant, c'est que l'ulcère existe à la partie postérieure de l'estomac, tandis que le décubitus dorsal convient mieux lorsque l'ulcère est à la paroi antérieure. On peut également, d'après l'attitude qu'affectent les malades lorsqu'ils marchent, concevoir quelques prévisions relativement au siége de l'ulcère.

Le *vomissement* est un des caractères principaux de l'ulcère de l'estomac ; il survient généralement au moment du paroxysme de la douleur, et est comme la *crise de l'attaque*. Lorsque le vomissement a commencé, il est rare qu'il s'arrête avant que tous les aliments soient rejetés. Les premiers vomissements n'apparaissent pas en général avant que la douleur, qui est le premier symptôme de la maladie, se soit montrée pendant plusieurs semaines.

La nature des substances vomies varie suivant l'époque où a lieu le vomissement. Si c'est immédiatement après l'ingestion des aliments, ce sont les aliments eux-mêmes qui forment les matières du vomissement ; si c'est plus ou moins longtemps après le repas, les matières vomies ont un goût acide dont se plaint le malade. Quelquefois il y a des vomissements bilieux. Lorsque le vomissement survient à jeun, lorsque par exemple le malade se réveille le matin, il se compose d'une matière glaireuse alcaline. Quelquefois il y a seulement des nausées. En général, le vomissement est d'autant plus fréquent, que la lésion est plus ancienne, plus grave, surtout lorsqu'il y a adhérence de l'estomac aux organes voisins. Ces vomissements sont dangereux à cause de la fatigue que cette violente secousse produit et à cause de l'*inanition* qui résulte du rejet constant des aliments.

L'*hémorrhagie* est un accident d'une très haute gravité, capable d'amener un épuisement rapide. La théorie de l'hémorrhagie est simple. D'abord, si l'on compare l'ulcère de l'estomac à tout autre ulcère, on verra combien il est difficile que

les petits vaisseaux échappent à l'ulcération qui envahit tous les tissus, puis il existe une congestion inflammatoire; d'ailleurs, c'est principalement après un repas copieux que l'hémorrhagie survient, c'est-à-dire quand l'estomac est stimulé et que le sang y afflue en abondance. Le docteur Brinton pense que cette hémorrhagie peut venir de plusieurs sources, soit des petits vaisseaux sous-muqueux, soit des vaisseaux des parois, ou même des vaisseaux des organes voisins gagnés par l'ulcération.

L'hémorrhagie est reconnue facilement par le vomissement; mais il peut arriver que le vomissement n'ait pas lieu et que l'hémorrhagie soit ainsi masquée. En pareil cas on retrouvera le sang dans les garderobes. Ce sang est le plus souvent altéré, presque méconnaissable pour le malade, mais le médecin ne s'y trompera pas. Il existe des cas assez nombreux d'hémorrhagie très considérable, à ce point que l'estomac et une portion des intestins sont distendus par le sang; c'est alors que la mort peut survenir rapidement sans qu'aucun signe extérieur se soit montré. On comprend à combien de degrés peut exister cet accident. L'anémie et la cachexie en sont la suite inévitable.

La *perforation* est un accident qui survient assez souvent à la suite de l'ulcère de l'estomac. Elle donne lieu à des phénomènes caractéristiques : douleur excessivement vive à l'épigastre, signes de péritonite, altération des traits, tympanite, etc. (voy. plus loin l'article *Perforation*). Le malade ne survit guère plus de vingt-quatre ou de trente-six heures à cet accident.]

### § III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons vu que M. Rokitansky distinguait, dans l'affection qui nous occupe, une *marche rapide* et une *marche lente*. D'après les faits cités par M. Cruveilhier, cette dernière se présente le plus fréquemment à l'observation. Mais ce qu'il y a surtout de remarquable dans la marche de la maladie, ce sont ces temps d'arrêt plus ou moins longs, pendant lesquels le malade se trouve beaucoup mieux et peut même se croire guéri. Dans un certain nombre de cas, cette suspension est due à la cicatrisation de l'ulcère existant. Les deux auteurs que nous avons cités plus haut ont, en effet, rapporté des cas où, à côté des ulcères qui avaient causé la mort, on trouvait des cicatrices bien formées.

Quant à la *durée* de la maladie, on comprend, d'après ce qui précède, qu'elle doit être très variable; aussi n'en pouvons-nous rien dire de positif, sinon qu'elle peut se prolonger pendant une ou plusieurs années.

La *terminaison* est souvent fatale. Cependant, comme nous l'avons déjà fait remarquer, la possibilité de la cicatrisation n'est pas douteuse. Aux faits rassemblés par MM. Cruveilhier et Rokitansky, il faut en ajouter quelques autres observés par M. Louis, notamment celui que nous venons de citer et celui qui est rapporté dans la 19[e] observation de son *Mémoire sur le ramollissement avec amincissement*, et que nous avons eu occasion de mentionner. Les autres auteurs qui se sont occupés d'anatomie pathologique en ont également fait connaître des exemples.

[L'ulcération de l'estomac peut se cicatriser, c'est là le mode de terminaison nécessaire pour que la guérison ait lieu. Comment se fait cette cicatrisation? E

s'opère sans qu'aucun traitement intervienne, au moins dans un cinquième des cas, suivant le docteur Brinton. La perforation n'aurait lieu que dans un huitième des cas environ. Ce n'est pas seulement par la cessation des symptômes morbides que l'on reconnaît que la cicatrisation a eu lieu. De nombreuses autopsies ont révélé des ulcères cicatrisés sur des sujets dont quelques-uns avaient été traités plus ou moins longtemps avant leur mort pour des ulcères de l'estomac. Cette cicatrisation affecte différentes formes, suivant le siége et suivant le degré de l'ulcération. Ainsi les progrès de l'ulcération peuvent, en détruisant la paroi de l'estomac, amener une adhérence avec les organes voisins; lorsque la cicatrice a lieu, il se forme des brides fibreuses qui modifient la forme de l'estomac et gênent ses fonctions. Ces modifications consécutives aux cicatrices de l'estomac ont surtout été bien étudiées par M. Luton (*loc. cit.*). Elles occasionnent des rétrécissements du pylore qui ont pu être pris pour des cancers de cette région. En effet, ces rétrécissements peuvent donner lieu à la plupart des troubles et à la gêne mécanique que l'on observe dans le cancer du pylore. De même on a observé des rétrécissements du cardia pouvant faire penser à un cancer de cette région ou à un rétrécissement organique de l'extrémité inférieure de l'œsophage. ]

### § IV. — Lésions anatomiques.

C'est surtout l'anatomie pathologique qui a attiré l'attention des observateurs; aussi trouvons-nous sur ce point des détails intéressants. M. Rokitansky s'est attaché à décrire les ulcères, et c'est principalement à sa description que nous emprunterons ce qui suit. Tantôt il existe seulement un ulcère pénétrant à une plus ou moins grande profondeur dans la paroi stomacale, tantôt il y a une perforation complète sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Le siége de l'ulcère est, suivant cet auteur, toujours sur la moitié pylorique de l'estomac; c'est, en effet, dans ce point que M. Louis l'a rencontré. Une seule fois M. Rokitansky l'a vu dans le petit cul-de-sac. « Le plus souvent, ajoute-t-il, l'ulcère se trouve au milieu de cette partie de l'estomac qui vient d'être signalée, plus souvent à la paroi postérieure qu'à la paroi antérieure, et toujours près de la petite courbure, souvent sur elle-même. Plus rarement, les ulcères sont rapprochés du pylore. »

La grandeur de l'ulcère varie entre celle d'un sou et celle d'une pièce de cinq francs. Il acquiert même quelquefois une étendue deux ou trois fois plus grande. Ordinairement on n'en trouve qu'un seul : c'est ce que M. Rokitansky a noté soixante-deux fois sur soixante-dix-neuf cas. Dans les autres, il y avait deux, quatre ou cinq ulcères.

La forme de l'ulcère est circulaire dans l'origine. Plus tard elle devient elliptique, et plus tard encore irrégulière, ce qui est dû quelquefois à la réunion de deux ulcères par leurs bords voisins.

M. Rokitansky pense que primitivement il a existé une eschare qui, par sa chute, a donné lieu à l'ulcère dont il s'agit; mais le fait n'est pas parfaitement prouvé.

Nous avons dit plus haut que ces ulcères peuvent se terminer par cicatrisation. On trouve alors une surface blanche, lisse, déprimée, à laquelle viennent aboutir des plis rayonnés qui annoncent une certaine contraction des tissus. Lorsque

l'ulcère cicatrisé a une grande étendue et une profondeur considérable, cette contraction des tissus peut être portée au point de diminuer d'une manière notable le calibre de l'estomac.

Enfin, lorsque la maladie a atteint toutes les tuniques du viscère, on trouve dans son centre une *perforation* ordinairement de médiocre étendue, d'où résultent, dans les organes voisins, des désordres sur lesquels nous reviendrons.

A cette description M. Cruveilhier a ajouté la disposition des bords, qui sont coupés à pic et tuméfiés; l'aspect du fond de l'ulcère, qui est grisâtre, et la densité de ce fond. Il a également signalé la forme en zone circulaire, dans des cas où l'ulcère a envahi le pylore. Il a surtout insisté sur les différences qui existent entre les ulcères simples de l'estomac et les ulcères cancéreux. Nous rapportons ici le passage qui leur est consacré :

« L'ulcère simple de l'estomac, dit M. Cruveilhier, ne présente qu'une similitude grossière avec l'ulcère cancéreux, avec lequel cependant il a presque toujours été confondu. La base qui le supporte n'offre aucun des attributs ni du cancer dur, ni du cancer mou. On n'y trouve même pas cette hypertrophie circonscrite qui accompagne ordinairement le cancer, et qu'on a prise pour la dégénération cancéreuse elle-même. » Il est à regretter que M. Cruveilhier n'ait pas cru devoir entrer, sous ce point de vue, dans le détail des faits qu'il a observés. Il n'est pas toujours facile de distinguer l'ulcère simple chronique de l'ulcère cancéreux, et c'est ce qui devait arriver dans quelques-uns des cas recueillis par cet auteur, où l'on trouvait autour de l'ulcère des bords denses, hypertrophiés, durs, dont il eût été très important d'avoir une description plus précise.

Suivant M. Rokitansky, l'ulcère perforant dont il est ici question s'unit assez souvent au cancer; mais ne doit-on pas plutôt dire que, dans ces cas, l'ulcère, cancéreux dès le principe, n'a nullement changé de nature en prenant la forme perforante ?

M. Cruveilhier a, de plus, constaté un état de la surface des ulcères qui explique l'hématémèse et le vomissement noir. Examinant sous une couche d'eau, à l'œil nu ou à l'aide d'une forte loupe, la surface de l'ulcère, il a vu une foule d'orifices vasculaires, les uns oblitérés, les autres non oblitérés.

Enfin, relativement aux cicatrices dont nous avons dit quelques mots plus haut, M. Cruveilhier a trouvé qu'elles se sont formées au moyen d'une couche fibreuse dont se couvre la surface de l'ulcère, et que jamais elles n'offrent les caractères du tissu muqueux. MM. Rokitansky et Cruveilhier n'ont malheureusement pas indiqué l'état de la muqueuse environnante, ce qui ne nous permet pas de dire si l'ulcère a été ou non la conséquence d'une inflammation ordinaire prolongée.

### § V. — Diagnostic, pronostic.

Nous avons vu plus haut quelle était l'opinion de M. Cruveilhier relativement au diagnostic. Suivant lui, il serait même assez peu important de chercher à l'établir, au moins sous le rapport de la thérapeutique. Cela serait peut-être vrai si, comme cet auteur, on ne mettait en présence que la gastrite chronique et l'ulcère simple de l'estomac; mais si l'on a égard à la *gastralgie*, avec laquelle on peut très facilement confondre l'ulcère, il n'en est certainement pas ainsi, le traitement de la pre-

mière différant complétement, dans un grand nombre de cas, de celui de la seconde. Il faut donc applaudir aux efforts qui ont été faits jusqu'à présent pour arriver au diagnostic différentiel, tout en regrettant que ces efforts n'aient point été couronnés d'un plein succès (1).

Il serait prématuré d'exposer ici les signes à l'aide desquels on distingue l'affection qui nous occupe du cancer et de la gastralgie. Nous renvoyons donc, pour les détails, aux articles consacrés à ces dernières affections.

Quant à la *gastrite chronique simple*, il faut reconnaître d'abord qu'il est extrêmement difficile de la distinguer de l'ulcère. Cependant il est certains cas de gastrite où la confusion n'est pas possible : ce sont ceux où, avec la cardialgie et la douleur à la pression, existent des vomissements bilieux répétés. Nous avons vu, en effet, que dans l'ulcère de l'estomac, la matière des vomissements était composée d'aliments et de boissons, ou, ce qui distingue encore bien davantage cette affection, de matières noires et de sang. Ces deux derniers signes rapprochent l'ulcère de l'estomac du cancer, et par cela même l'éloignent de la gastrite chronique. Dans les cas où la gastrite chronique ne donne pas lieu aux vomissements bilieux, il est très difficile, avec les éléments que nous avons, de dire s'il existe ou non un ulcère à l'estomac. On voit par là combien il reste encore à faire pour ce diagnostic.

*Pronostic.* — On ne peut pas douter que la maladie ne soit grave. Cependant le nombre assez considérable de cicatrices qu'on a trouvées dans l'estomac prouve qu'elle n'est pas au-dessus des ressources de l'art, ou du moins qu'avec certaines précautions on peut favoriser la tendance de la nature vers la cicatrisation.

Un des symptômes les plus graves est le vomissement de sang, car presque toujours il annonce la perforation d'un vaisseau ou d'un organe très vasculaire situé dans le voisinage. Cependant n'oublions pas que le sang peut être versé, comme l'a constaté M. Cruveilhier, par des vaisseaux d'un très petit calibre, par des capillaires qui peuvent s'oblitérer, et que, dans ces cas encore, la cicatrisation n'est pas impossible.

### § VI. — Traitement.

Nous exposerons ici le traitement recommandé par les deux auteurs que nous avons eu si souvent occasion de citer, puisqu'ils se sont occupés seuls d'une manière complète de la maladie dont il s'agit.

#### TRAITEMENT DE M. CRUVEILHIER.

« Je commence par laisser reposer l'estomac pendant vingt-quatre heures : l'*abstinence* doit être complète et s'étendre quelquefois même sur les liquides aussi bien que sur les solides. S'il y a douleur à l'épigastre, une *application de sangsues* sera faite dans le premier jour, et suivie d'un bain de plusieurs heures.

» Le lendemain, je fais essayer la *diète lactée ;* le lait sera pris immédiatement après qu'il vient d'être trait, à la dose de quelques cuillerées, toutes les quatre

(1) Les annotateurs de ce livre ont traité du diagnostic, et comblé quelques lacunes à l'article *Symptômes*.

heures, ou à des intervalles plus considérables, si l'estomac ne demande pas. Quelquefois la diète lactée réussit comme par enchantement ; d'autres fois le lait ne passe point ; alors il faut le couper avec un peu d'eau de chaux, d'eau de gruau, ou l'édulcorer légèrement. Souvent du lait bouilli ou écrémé passe mieux que le lait naturel, le lait froid mieux que le lait chaud, le lait très chaud mieux que le lait tiède. Il n'est pas rare de voir le lait fatiguer l'estomac ; hâtons-nous alors d'y renoncer, pour y revenir plus tard.

» La *diète gélatineuse* ou *féculente* lui est souvent substituée avec avantage. Elle se compose de bouillons de veau, de poulet, de gelées, ou bien de fécules de maïs, de riz, d'avoine, d'orge, de pommes de terre cuites à l'eau, au lait ou au bouillon de poulet : le point essentiel est de trouver un aliment que l'estomac puisse supporter, et l'instinct du malade nous dirige souvent beaucoup mieux que tous les préceptes.

» L'*eau gazeuse simple* a pu seule passer chez des malades dont l'estomac repoussait toute espèce d'aliment ou de boisson.

» J'ai eu quelquefois à me louer de la *magnésie calcinée*, de la *poudre d'yeux d'écrevisse* donnée dans une cuillerée d'eau ou de lait.

» Rarement l'*opium* a-t-il été utile, même dans le cas de vives douleurs.

» Le *sucre* doit être en général proscrit ; cependant je me suis bien trouvé de faire promener dans la bouche du sucre cristallisé, avant et après le repas, pour augmenter la sécrétion de la salive.

» La *température des aliments* est tout aussi importante à surveiller que leur qualité ou leur quantité. La température très chaude et très froide m'a paru convenir beaucoup mieux que la température tiède.

» Des *bains gélatineux* tempérés, de deux, trois ou quatre heures, sont un auxiliaire très puissant. J'ai observé qu'un bain de trois ou quatre heures produit des effets bien plus avantageux que trois ou quatre bains d'une heure.

» Une remarque très importante, c'est de *ne pas trop prolonger la diète adoucissante*, et de se relâcher de la diète sévère prescrite dans les premiers temps. Il arrive même une époque où les stimulants, tels que le *gibier*, réussissent beaucoup mieux que les viandes blanches et les légumes herbacés. »

On voit que ce traitement a été exposé d'après les idées principales qu'ont fait naître quelques observations intéressantes, plutôt que d'après une analyse exacte de tous les faits. Il est à désirer que les recherches, dans ce sens, se multiplient, et donnent à la thérapeutique de l'ulcère de l'estomac une précision qu'elle n'a pas encore pu acquérir.

Quant à M. Rokitansky, voici, suivant lui, comment doit être dirigé le traitement. Comme M. Cruveilhier, il a une grande confiance dans la *diète lactée*. Il recommande une *application de sangsues*, s'il existe des douleurs vives dans la région épigastrique ; puis il veut qu'on ait recours au *carbonate de magnésie* et à l'*eau de chaux* dans du lait. Ces médicaments peuvent être administrés : le sel de magnésie à la dose de 4 à 8 grammes, et l'eau de chaux à la dose de deux cuillerées, dans une tasse de lait, une ou deux fois par jour.

M. Rokitansky propose en outre d'appliquer sur la région de l'épigastre des *cautères*, des *moxas*, ou bien d'y faire des *frictions* avec la *pommade d'Autenrieth*, avec l'*huile de croton*, ou toute autre substance irritante.

Il recommande les tisanes de *camomille* et de *menthe*, et pense que si le lait ne peut pas être supporté, on peut le remplacer avec avantage par des bouillons, des décoctions mucilagineuses, ou des panades. Enfin, dans le traitement de l'hématémèse, il a recours à des moyens que nous avons exposés à l'article *Gastrorrhagie;* il suffit donc d'y renvoyer le lecteur.

Nous n'avons pas cru pouvoir mieux faire, nous le répétons, que d'exposer la manière dont ces deux auteurs comprennent le traitement de l'ulcère simple de l'estomac.

Devons-nous maintenant présenter un résumé et des ordonnances? Nous ne le pensons pas ; car ce serait vouloir donner un air de précision à un article qui, dans l'état actuel de la science, ne peut pas en avoir. Il faut que le praticien sache ce qui a été mis en usage, mais qu'il ne croie pas, sans une étude attentive et préalable des symptômes, pouvoir regarder comme déterminés les cas qui se présenteront à lui et les moyens à leur opposer.

[Le docteur Bennett (*loc. cit.*) indique ainsi qu'il suit le meilleur traitement de l'ulcère de l'estomac :

Les remèdes dont j'ai retiré le meilleur effet dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac, sont le repos, un régime sévère, le bismuth et l'opium en pilules ou en poudre, et l'application locale du froid ou de la chaleur suivant les sujets. On observe souvent que le simple séjour au lit dans l'hôpital suffit pour amener une amélioration sensible. J'ai fait aussi la remarque que les malades qui se remuent, vont et viennent, se promènent, souffrent plus que ceux qui gardent le lit, principalement au début de la maladie. Le repos dans une posture commode doit donc être recommandé. La nourriture consistera en farines féculentes, en bouillon gras et en lait, administrés à petites doses et fréquemment. Si l'estomac ne les supporte pas à une température chaude on les fera prendre froids. Si, malgré cela, les vomissements continuent, il sera nécessaire de suspendre toute alimentation pendant un jour ou deux. Lorsque le malade va mieux, on ne doit augmenter la quantité des aliments solides qu'avec la plus grande prudence. La soif est un symptôme auquel il faut faire grande attention; elle doit être apaisée à l'aide de petits morceaux de glace que le malade fera fondre dans sa bouche, ou bien en lui faisant boire à petits coups parties égales de lait et d'eau de chaux mélangés. La douleur est calmée par l'opium et le bismuth mêlés, sous forme de pilules ou de poudre. L'application de corps chauds ou au contraire d'un mélange réfrigérant de glace et de sel marin sera aussi utile en pareil cas. Lorsque l'épuisement par défaut de nourriture est à son comble, il faut employer les lavements nutritifs. »]

## ARTICLE IX.

### CANCER DE L'ESTOMAC.

Ce n'est guère que depuis l'époque où l'on a commencé à s'occuper avec soin de l'anatomie pathologique, que le cancer de l'estomac a été plus ou moins bien étudié. Auparavant, le peu que l'on savait sur cette affection était exposé dans les articles consacrés aux altérations de fonctions de cet organe. Néanmoins quelques observations isolées que l'on trouve dans Schenckius, Forestus, Zacutus Lusitanus, etc., ont pu être rapportées à la maladie cancéreuse lorsque les études mo-

rnes ont fait suffisamment connaître cette affection. Plus tard, Morgagni (1) a ıni un grand nombre de cas de cancer de l'estomac, décrits principalement ıs le point de vue de l'anatomie pathologique, mais encore incomplétement, ìme sous ce point de vue. Depuis la fin du dernier siècle, un assez grand nombre dissertations, de mémoires particuliers et de monographies, ont été consacrés au ıcer de l'estomac. Parmi ces dernières il faut distinguer celles de Pezzold (2), Blanchard (3), de Chardel (4), et une des plus récentes, celle de Prus (5). En tre, dans ces dernières années, on a poussé l'anatomie pathologique du cancer ıucoup plus loin qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, ainsi qu'on peut en juger r les différents ouvrages publiés sur ce sujet, et surtout par les recherches de Lebert (6), qui nous seront très utiles dans cet article, et un bon mémoire de Broca (7). M. Louis (8) a surtout insisté sur l'état de la membrane musculaire, l n'avait point suffisamment fixé l'attention des auteurs.

## § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est assez difficile, au milieu des opinions contradictoires émises sur la nature cancer en général et du cancer de l'estomac en particulier, de donner sans dis-ısion une définition rigoureuse de l'affection qui nous occupe. Toutefois, d'après faits que nous avons étudiés, nous croyons pouvoir dire que le cancer de l'esto-c consiste dans une *dégénérescence spécifique* des parois de cet organe, dégéné-cence d'où résultent tous les symptômes de l'affection. Plus tard, nous aurons intes fois occasion de discuter cette proposition et d'en démontrer l'exactitude.

On a décrit le cancer de l'estomac sous les noms de *carcinoma ventriculi*, *iirrhe de l'estomac*, *hypertrophie*, *fongus*, *dégénérescence carcinomateuse*, etc. s mots *cancer* et *carcinome* sont aujourd'hui généralement adoptés.

Parmi les affections chroniques, le cancer de l'estomac est une de celles qu'on ıcontre *assez fréquemment*, et parmi les affections cancéreuses, c'est une de les qu'on a *le plus souvent* occasion d'observer; car, après le cancer de l'utéı, elle est de beaucoup la plus fréquente. Le cancer de l'utérus est deux fois ıs fréquent que le cancer de l'estomac; mais celui-ci est à son tour deux fois ıs fréquent que le cancer du foie, qu'on rencontre bien plus souvent que les tres. Dans un bon nombre de cas, le cancer du foie est consécutif au cancer de stomac, ce qui augmente considérablement la proportion que nous venons d'in-quer.

(1) *De sedibus et causis morborum*.
(2) *Von der Verhart. und Verengung des unt. Magenmundes*. Dresde, 1787.
(3) *De difficili aut impedito alim. e ventr. in duod. progress*. Lugduni Batavorum, 1787.
(4) *Monographie des dégénérescences squirrheuses de l'estomac*. Paris, 1808.
(5) *Recherches nouvelles sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac*. Paris, 28.
(6) *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le ıcer*. Paris, 1851. — *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1857, t. I, 272; t. II, p. 183 et suiv.
(7) *Anatomie pathologique du cancer* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1852, XVI, p. 453 et suiv.).
(8) *De l'hypertrophie de la membrane musculaire de l'estomac dans toute son étendue, ns le cancer du pylore* (*Recherches anatomico-pathologiques*, Paris, 1826, p. 120).

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Parmi les causes prédisposantes, il n'en est pas qui soit mieux connue que l'influence de l'*âge*. Il est très rare d'observer le cancer de l'estomac avant l'âge de la puberté et après l'âge de soixante et dix ans; c'est en effet ce qui résulte des observations. Dans les cas recueillis par M. Louis, l'âge moyen des sujets était de cinquante-huit ans; aucun n'avait moins de vingt-cinq ans; un petit nombre avait passé l'âge de soixante ans. Dans les observations que nous avons rassemblées, l'âge moyen des malades était à peu près celui qui a été indiqué par M. Louis, un peu plus considérable toutefois chez les hommes que chez les femmes, puisque les premiers avaient, terme moyen, cinquante-neuf ans et une fraction, et les secondes cinquante-deux ans et une fraction. Quant aux limites de l'âge, nous trouvons un seul sujet de vingt-cinq ans, c'était un homme; aucun n'était moins âgé; mais il y avait, sur vingt-neuf sujets sur lesquels porte ce relevé, trois hommes qui avaient dépassé l'âge de soixante et dix ans; l'un d'eux, entre autres, avait quatre-vingts ans. Ces chiffres, pris sur des faits exactement observés, pourront servir à une statistique plus complète. On a cité quelques cas de cancer chez des individus beaucoup plus jeunes; mais ils sont extrêmement rares et doivent être considérés comme tout à fait exceptionnels. C'est de cinquante à soixante et dix ans que le cancer se manifeste le plus fréquemment, et ce qui le prouve encore, c'est que cette période de la vie, dans les observations que j'ai rassemblées, a fourni vingt cas sur vingt-neuf, c'est-à-dire plus des deux tiers. M. Lebert (1), réunissant les faits observés par Marc d'Espine à ceux qu'il a recueillis lui-même, ce qui lui a donné un total de cent dix-sept cas, est arrivé au même résultat.

L'influence du *sexe* ne paraît pas moins bien établie par les faits. Tous les auteurs qui ont recueilli des observations ont remarqué que les hommes étaient plus sujets que les femmes au cancer de l'estomac. Des 33 cas que nous avons rassemblés, 20 appartiennent au sexe masculin et 13 au sexe féminin. Ce résultat confirme l'opinion des auteurs; mais, avec plusieurs autres relevés de faits, il prouve que M. Barras (2) a été trop loin en disant que presque tous les cas de cancer de l'estomac se trouvaient chez les hommes. Nous devons néanmoins ajouter que MM. Lebert (3) et d'Espine sont arrivés à des résultats contraires. Le premier, sur 42 cas, en note 19 chez les hommes et 23 chez les femmes; le second, sur 116, en signale 54 chez les hommes et 62 chez les femmes. Ces résultats, opposés à l'opinion générale, ne tiennent-ils pas à l'insuffisance des chiffres? C'est ce que de nouvelles observations nous apprendront.

Sous le rapport de la *constitution*, nous voyons dans les faits que nous avons rassemblés que presque tous les individus avaient eu, à une époque de leur existence et souvent pendant de longues années, une très bonne constitution; plusieurs même affirmaient qu'ils n'avaient jamais été malades avant l'affection gastrique qui

(1) *Loc. cit.*
(2) *Précis analytique sur le cancer de l'estomac, etc.* Paris, 1842.
(3) *Loc. cit.*

les amenait à l'hôpital. Quelques-uns avaient toujours eu une santé frêle et délicate, mais c'était le plus petit nombre. Ainsi on ne peut trouver dans la constitution aucune prédisposition évidente à cette maladie.

Les observations sont presque toutes muettes sur le *tempérament* des malades, ce qui n'a pas empêché de dire, et Chardel a principalement insisté sur ce point, que le *tempérament lymphatique* prédispose à l'affection qui nous occupe. On sent que, pour se prononcer à cet égard, il faudrait avoir des renseignements très précis sur l'état des malades avant le développement du cancer, et c'est évidemment ce que nous n'avons pas.

On a fait jouer un très grand rôle aux *habitudes hygiéniques*, et principalement à la *nourriture* habituelle du malade ; mais il est à remarquer que les auteurs qui ont le plus insisté sur ces circonstances sont ceux qui, d'une part, regardent les irritants portés sur la muqueuse gastrique comme une des causes les plus efficaces de la gastrite, et, de l'autre, prétendent que le cancer est une simple conséquence d'une gastrite prolongée. Nous avons déjà dit, à l'article *Gastrite*, ce qu'il fallait penser de cette manière de voir relativement à la production de l'inflammation ; nous verrons tout à l'heure si l'influence de cette inflammation elle-même est aussi bien démontrée que l'ont cru les auteurs dont il s'agit.

Si maintenant nous examinons sous ce point de vue les faits que nous avons rassemblés, nous voyons que deux sujets seulement avaient l'*habitude des boissons alcooliques* prises en assez grande quantité, tandis que rien de semblable n'est indiqué pour les autres, et que chez quatre il a été constaté d'une manière positive que cette cause n'avait nullement existé. Deux sujets, entre autres, n'avaient jamais ou presque jamais enfreint leurs *habitudes de sobriété*. C'est donc évidemment des idées toutes théoriques qui ont porté Broussais à regarder l'abus des *boissons alcooliques*, et principalement de l'*eau-de-vie*, comme la cause la plus puissante du cancer de l'estomac.

D'autres auteurs, au contraire, ont pensé qu'une *nourriture de mauvaise qualité*, peu solide, insuffisante, pouvait avoir sa part dans la production de la maladie. Le fait est possible, mais il n'est pas démontré. Dans les observations que nous avons rassemblées, ces circonstances ne sont pas mentionnées, tandis que dans deux cas il est dit positivement que la nourriture était bonne. Nous ajoutons que M. Lebert n'a constaté que trois fois sur 42 cas l'insuffisance ou la mauvaise qualité des aliments. La misère, les *privations de toute espèce*, ont-elles une influence réelle ? C'est encore une question qu'il est impossible de résoudre positivement. Tout le monde sait qu'il n'est pas rare d'observer le cancer dans les classes les plus élevées de la société, aussi bien que dans les plus inférieures ; mais la proportion nous manque complétement, et cependant c'est là une question de proportion. Presque tout ce qu'on a dit à ce sujet est par conséquent hypothétique.

Citons cependant un résultat statistique qui pourra être utile. Il résulte des recherches de M. Marc d'Espine (1) que toutes les maladies cancéreuses en général, et le cancer de l'estomac en particulier, sont plus fréquentes parmi les riches que parmi les pauvres : sur vingt et un sujets chez lesquels la richesse ou la pauvreté ont été notées, quinze étaient riches et six pauvres.

(1) *Annales d'hygiène*. Paris, 1847, t. XXXVII, p. 323.

On a encore invoqué comme cause prédisposante le *séjour dans les grandes villes* ou dans *certains pays.* Parmi les sujets dont nous avons pu consulter les observations, il y en avait quelques-uns dont le séjour à Paris avait été prolongé, d'autres qui y étaient depuis peu, sans qu'on puisse rien conclure de ces faits. M. Chomet (1) affirme que le cancer de l'estomac est fréquent en Normandie; J. Frank (2) dit que cette affection se montre très fréquemment dans les États autrichiens, et beaucoup moins dans la Lithuanie. Il faudrait des chiffres considérables pour mettre ces assertions hors de doute, et nous n'en avons pas.

Nous n'avons pas de preuves sur l'influence de la *vie sédentaire;* c'est tout à fait gratuitement qu'on a admis que les hommes de cabinet avaient une prédisposition à l'affection qui nous occupe. Il en est de même de la nécessité de *travailler, le corps étant penché en avant,* comme font les tailleurs et les cordonniers.

Les *chagrins profonds*, les *émotions morales* vives fréquemment répétées, ne sauraient être regardés comme une cause déterminante du cancer de l'estomac; mais peut-on admettre que, longtemps prolongée, cette cause place les sujets dans des conditions favorables au développement de la maladie? On a cité à ce sujet quelques faits remarquables; mais encore ici n'a-t-on pas pris pour un rapport de cause à effet une simple coïncidence? Dans les observations que j'ai réunies, je trouve que deux sujets ont fait remonter le début de leur maladie à une époque où ils ont éprouvé des chagrins profonds et prolongés. L'un d'eux insistait surtout beaucoup sur ce point, et la cause de son chagrin était la perte d'un enfant. Ces faits méritent assurément qu'on en tienne compte; mais de là à une démonstration complète il y a encore bien loin. Peut-être même a-t-on regardé comme une cause de la maladie ce qui n'en était qu'un des premiers effets; car, quoiqu'il soit vrai de dire avec Barras que le cancer de l'estomac plonge moins les malades dans la tristesse que la gastralgie, il est certain que plusieurs sujets tombent dans une espèce d'hypochondrie, lorsque leurs digestions se troublent, notamment au début de l'affection cancéreuse.

Quant à l'*abus des plaisirs vénériens*, à la *masturbation*, aux *pertes excessives* causées par divers flux, ce sont des causes qui ont été admises sans aucune preuve et qui ne doivent pas nous arrêter.

Bayle (3) pense que le *célibat* est une des causes du développement du carcinome de l'estomac; mais cette assertion tombe évidemment devant les faits; car, dans les observations que nous avons rassemblées, presque tous les sujets étaient mariés ou vivaient maritalement, et avaient un ou plusieurs enfants. Une seule malade était restée vierge, quoique sa maladie n'eût commencé qu'à l'âge de cinquante-trois ans; mais un fait ainsi isolé n'a évidemment aucune valeur.

Les auteurs du *Compendium de médecine*, d'après M. Naumann (4), citent l'opinion de Balling qui prétend que le cancer est *endémique* dans une vallée voisine de la forêt Noire. Mais ils font remarquer combien une pareille opinion mérite peu de créance, n'étant point appuyée sur les faits.

(1) *Bulletins de la Société de la Faculté de médecine*, n° 7. — H. Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*, p. 95.
(2) *Praxeos medicæ*, part. III, vol. I, sect. 2.
(3) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. CANCER.
(4) *Handbuch der medicin. Klinik*. Berlin, 1830.

Reste maintenant la question de l'*hérédité*. Malheureusement cette question n'a pas été traitée par les auteurs avec tout le soin nécessaire. Barras a rapporté quelques faits en faveur de l'hérédité; le suivant entre autres est remarquable : il a vu deux des fils de cette malade succomber à la même affection. Cependant, pour que l'on pût affirmer avec lui que le germe du cancer gastrique est transmis des parents aux enfants, il faudrait multiplier les observations (1). A plus forte raison devons-nous regarder comme non avenue cette proposition du même auteur, qu'une constitution détériorée par les *vices scrofuleux*, *vénérien*, *arthritique*, *dartreux*, prédispose au squirrhe de l'estomac, et celle de Coitier qui prétendait que si l'on ne trouvait pas, chez les descendants des sujets morts du cancer de l'estomac, un cancer du même organe, on en trouvait du moins un de l'utérus, des mamelles, des testicules, etc.

Il est une autre circonstance particulière aux femmes, c'est l'*état de la menstruation*. On peut se demander si les troubles plus ou moins notables de cette fonction ont quelque rapport avec la production du cancer gastrique; mais on voit bientôt qu'il n'en est rien, car une seule des malades interrogées sur ce point a eu une suppression de règles sans aucun rapport avec le cancer, puisque celui-ci ne s'est montré qu'un grand nombre d'années après, les fonctions de l'estomac n'ayant pas souffert dans l'intervalle.

### 2° Causes occasionnelles.

Si l'on s'en rapportait aux auteurs, il ne serait pas difficile d'indiquer un bon nombre de causes occasionnelles du cancer de l'estomac; mais, si l'on ne veut rien avancer qui ne soit fondé sur l'observation, on voit bientôt que le nombre de ces causes est excessivement restreint, et que même il n'est guère permis d'en admettre une seule sans quelque doute.

Suivant J. Frank, les *fièvres intermittentes*, et en particulier celles qui ont été négligées, celles que l'on a traitées trop tard par le quinquina, ou dans lesquelles on n'a pas fait assez longtemps usage de ce remède, seraient une cause efficiente du cancer de l'estomac. Ce n'est là qu'une assertion sans preuve, et qui paraît plutôt démentie par la pratique de tous les jours.

Viennent ensuite les *vives émotions morales* : mais, s'il est vrai que, dans le petit nombre de cas signalés plus haut, le cancer gastrique se soit montré après de longs chagrins, rien ne prouve qu'il ait jamais été produit par le seul fait des passions vives.

Doit-on, avec J. Frank, placer le *jeûne* au nombre de ces causes? Cet auteur cite un seul fait à l'appui de cette opinion. Il s'agit d'un ecclésiastique qui, pendant vingt ans ayant dit la messe de très grand matin, put prendre des aliments à une heure peu avancée de la journee, et qui, dans les deux années suivantes, fut obligé de changer complétement ses habitudes et de jeûner tous les matins, parce que l'heure de sa messe fut retardée. Les symptômes gastriques se développèrent bientôt après ce changement, et le squirrhe se manifesta. Est-il permis de tirer

(1) Voy. à ce sujet, P. Lucas, *Traité physiologique de l'hérédité naturelle*. Paris, 1850, t. II, p. 691.

une conclusion d'un fait ainsi isolé, surtout lorsque des milliers de faits prouvent le contraire ?

Les mêmes objections s'adressent aux causes suivantes admises par cet auteur : l'*onanisme*, le *coït exercé peu de temps après le repas*, le *mariage à un âge avancé*, la *suppression des hémorrhoïdes*, etc. C'est en admettant ainsi sans preuves l'existence d'une multitude de causes que l'on jette de la défaveur sur l'étiologie, et que l'on en fait un assemblage de propositions ridicules.

L'*abus des boissons alcooliques* a été déjà indiqué au sujet des causes prédisposantes. Les faits ne prouvent nullement l'influence de cet abus comme cause déterminante. Il en est de même de l'*abus des purgatifs*, quoiqu'on ait invoqué l'observation en faveur de cette cause (1). On a pris pour des rapports de cause à effet de simples coïncidences, et l'on n'a pas remarqué que l'abus des purgatifs avait très bien pu être motivé par la constipation plus ou moins rebelle, qui est déjà, comme on le verra plus loin, un symptôme du cancer gastrique.

L'*abus des acides* a été également rangé dans cette catégorie : mais les faits sont encore bien insuffisants pour que l'on puisse admettre la vérité d'une pareille opinion. J. Frank se contente de citer une observation publiée par Gœritz (2) et les réflexions que fait cet auteur à ce sujet. Or, si nous examinons cette observation, nous trouvons qu'il s'agit tout simplement d'un malade qui, un an avant sa mort, avait fait un usage immodéré du *suc de citron* ; mais nous verrons plus loin, en étudiant la marche de la maladie, que, selon toutes les apparences, il fallait faire remonter le début, dans ce cas, à une année au moins ; que par conséquent la maladie était déjà déclarée lorsque l'appétence pour les boissons acidulées se manifesta, et que l'on pourrait regarder cette appétence bien plutôt comme un effet de la maladie que comme une cause. On a cité un très petit nombre de faits dans lesquels un cancer de l'estomac s'est déclaré un temps plus ou moins long après l'*empoisonnement par les acides*, et surtout par l'*acide nitrique* ; mais ces faits ne sont encore ni assez nombreux ni assez concluants pour que l'on soit autorisé à y voir autre chose que de simples coïncidences. Cette réflexion s'applique en particulier au fait recueilli par M. Bouillaud, et cité par M. Andral (3).

Quant à l'*influence des narcotiques* et des *préparations de plomb*, elle est encore, s'il est possible, moins bien démontrée que celle des causes que nous venons d'indiquer.

Quoique nous ne soyons parvenu, dans cette énumération, qu'à des résultats négatifs, il nous a paru nécessaire de la présenter, pour donner au lecteur une idée exacte de l'état actuel de la science sur ce point. Voici maintenant tout ce que les observations que nous avons rassemblées nous apprennent relativement aux causes occasionnelles.

Un sujet ressentit les premiers symptômes gastriques le jour même où s'était exposé *à jeun à un froid intense*, il en éprouva une impression assez vive. Deux autres accusaient *une violence extérieure* au niveau de la région de l'estomac. Mais chez l'un d'eux, qui avait fait une chute sur l'hypochondre droit, le cancer

(1) Fichot, *Affection squirrheuse du pylore, etc.* (*Bulletins de la Société d'émulation*. 1805).

(2) *Naturæ curios. ephem.*, cent. VIII, obs. 20.

(3) *Clinique médicale*, t. II.

ne se développa que sept ans après. L'autre reçut un violent coup de poing sur l'épigastre, et les symptômes du cancer se déclarèrent très peu de temps après. Nous n'avons donc, parmi nos observations, que ce seul cas que l'on puisse citer comme un effet des violences extérieures ; mais il faut ajouter que d'autres auteurs en ont cité de semblables, et peut-être est-ce la cause occasionnelle unique dont il faille admettre l'existence ; toutefois c'est encore un point à vérifier.

Nous ne mentionnerons pas la *répercussion des exanthèmes*, ni la *cicatrisation d'anciens ulcères*, ni la *suppression des fonticules*, etc., parce que l'existence de ces causes n'est pas réellement fondée sur l'analyse des faits. On peut à ce sujet consulter ce que dit J. Frank, et la citation qu'il fait des mémoires du docteur Antommarchi sur les derniers moments de Napoléon.

Après avoir ainsi exposé les causes réelles ou prétendues du cancer de l'estomac, il est utile de dire un mot des diverses opinions émises sur la nature de cette maladie, ou, en d'autres termes, sur ses *causes organiques*. Un bon nombre de médecins modernes ont prétendu que le cancer de l'estomac était le résultat d'une *inflammation prolongée*, une simple *hypertrophie inflammatoire*. C'était en particulier l'opinion de Broussais, qui ne voyait dans cette affection qu'une simple gastrite chronique. M. Andral (1) s'est principalement attaché à défendre cette opinion, ce qu'il a fait en montrant que l'hypertrophie et l'induration étaient une suite naturelle de l'inflammation de l'estomac ; que la muqueuse, après avoir été le principal siége de l'inflammation, pouvait revenir à l'état normal, tout en laissant au-dessous d'elle une hypertrophie des autres tissus ; que c'était ainsi que se formaient en particulier les cancers désignés sous le nom de *squirrhes*. C'est évidemment d'après des observations incomplètes que cet auteur a soutenu cette manière de voir, que, du reste, il a un peu modifiée depuis. Nous avons vu en effet plus haut que l'existence d'une inflammation antérieure n'est nullement démontrée. Les faits nombreux de gastrite chronique que nous avons cités prouvent que l'inflammation peut durer très longtemps sans dégénérer en hypertrophie et en cancer. Plus tard nous verrons que cette dégénérescence présente des caractères particuliers ; qu'elle a un siége spécial entièrement différent du siége de l'inflammation, et nous devons par conséquent rejeter d'une manière absolue la gastrite comme cause du cancer de l'estomac.

On ne doit pas admettre l'analogie trouvée par Chardel entre le squirrhe de l'estomac et la *dégénération tuberculeuse* des autres organes abdominaux ; car à l'article *Lésions anatomiques* nous verrons d'une manière non douteuse que cette analogie n'est pas complète.

Faut-il, avec Prus, admettre que le cancer est tout simplement une *modification du système nerveux*, à laquelle on peut donner le nom d'*irritation cancéreuse?* Mais les faits sont loin de venir à l'appui de cette opinion. Le plus fort argument de Prus est que les vomissements sont d'abord purement nerveux et déterminent l'hypertrophie de l'organe, et en particulier de la membrane musculeuse. Or, nous verrons plus loin que l'hypertrophie de la membrane musculeuse n'est pas sous l'influence unique des vomissements ; qu'elle se montre même

(1) *Mémoires sur les caractères anatomiques de la gastrite chronique* (*Répertoire d'anat. et de phys. pathol.*, Paris, 1826, t. I).

dans des cas où ces vomissements ont manqué ou ont cessé pendant longtemps; et que, d'un autre côté, il y a dans le cancer de l'estomac une lésion toujours la même, qui ne permet pas d'établir une distinction fondamentale entre les divers cas.

### § III. — Symptômes.

On a commencé par établir une distinction entre le squirrhe de l'estomac et le cancer proprement dit. Celui-ci serait, dans cette manière de voir, caractérisé par la formation du tissu encéphaloïde. Il est donc permis de se demander s'il y aurait quelque avantage à étudier séparément sous le rapport symptomatique les cas qui peuvent être rapportés au squirrhe et ceux dans lesquels on peut admettre l'existence du cancer proprement dit. Mais, de quelque manière qu'on envisage les faits, on s'assure que la distinction dont il s'agit n'est nullement fondée; car, d'une part, les symptômes n'ont pas été différents dans ces deux catégories, et de l'autre, nous verrons que la lésion, étudiée convenablement, se présente avec des caractères uniformes, et que de simples modifications en ont imposé à un examen peu approfondi. Dans la description suivante nous comprendrons et le squirrhe et le cancer proprement dit, avec ses diverses variétés.

*Début.* — Le début de la maladie est, dans presque tous les cas, peu rapide. Dans un seul de ceux que nous avons rassemblés, la maladie s'est produite presque brusquement : c'est celui que nous avons mentionné plus haut, et dans lequel les premiers symptômes se manifestèrent après l'impression d'un froid assez vif. Dans les autres, même dans ceux où les malades attribuaient leur affection à une violence extérieure, c'est peu à peu que les symptômes se sont développés.

Le premier de tous est une diminution plus ou moins notable de l'appétit. Dans presque tous les cas où on l'a recherchée, son existence a été constatée. Une fois seulement elle a été subite; c'est dans le fait que nous venons de rappeler. En même temps il se produit une douleur plus ou moins vive dans la région épigastrique : le siége de cette douleur n'est pas mentionné d'une manière précise. Dans la plupart des cas où elle a été vive dès le début, les symptômes ont marché avec une assez grande rapidité. Nous verrons plus loin que la douleur peut manquer dans tout le cours de la maladie; à plus forte raison ne se manifeste-t-elle pas dans bon nombre de cas au début. Nous ne la trouvons indiquée que huit fois dans les observations que nous avons rassemblées.

Plus rarement les vomissements signalent l'invasion de la maladie. Nous ne les trouvons en effet notés que trois fois sur dix-sept cas où leur existence a été recherchée; encore n'est-il pas bien certain qu'ils aient eu lieu au début même, de légers troubles des digestions ayant pu exister déjà sans que les malades se le soient rappelé. Même dans les cas où l'appétit n'est pas sensiblement diminué, des troubles digestifs se manifestent fréquemment. C'est ce qui a eu lieu en effet douze fois sur dix-sept cas, mais jamais les digestions ne se sont montrées douloureuses au début. Les malades, au contraire, éprouvaient une diminution des douleurs vives, après avoir mangé. La sensation dont ils se plaignaient était une pesanteur, une gêne plus ou moins considérable. Un seul eut du dégoût pour le vin dès les premiers temps; les autres n'ont pas mentionné de symptômes semblables.

Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que la faiblesse et un degré plus ou

moins marqué de dépérissement ont apparu. Cependant, dans deux cas, la faiblesse s'est montrée à une époque très rapprochée du début, et dans deux autres il y a eu un dépérissement assez sensible. Ce signe était surtout marqué dans un cas où la maladie a marché très rapidement : nous y reviendrons plus tard. On ne saurait attribuer l'amaigrissement, qui a lieu quelquefois dans les premiers temps, à l'existence des vomissements qui empêchent la nutrition. Si, en effet, nous examinons les observations à ce point de vue, nous croyons que les vomissements ont coïncidé trois fois seulement avec l'amaigrissement, que deux fois ils ont eu lieu sans amaigrissement au début, et qu'une fois l'amaigrissement a fait tout d'abord des progrès rapides sans qu'il y eût ni vomissement ni diarrhée.

Enfin la constipation, quelques frissons peu intenses, la sensibilité au froid, des coliques, une certaine inquiétude, se sont montrés dans un trop petit nombre de cas pour qu'on en puisse faire des symptômes caractérisant le début : nous nous bornons donc à les mentionner.

Nous avons cru devoir insister sur ces symptômes du début plus qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, parce qu'ils sont d'une utilité incontestable, ainsi qu'on le verra plus loin, pour établir le diagnostic entre le cancer et la gastrite chronique, ainsi que la gastralgie, maladies avec lesquelles on pourrait le plus facilement les confondre. Les auteurs, et en particulier J. Frank, ont décrit pêle-mêle ces symptômes du début et ceux de la maladie confirmée, et de là sans doute l'embarras dans lequel on s'est plusieurs fois trouvé pour reconnaître d'une manière positive l'existence du cancer.

La diminution de l'appétit, la gêne des digestions, accompagnées, dans un petit nombre de cas, d'une douleur médiocre, plus rarement vive, ouvrent la scène. Chez le plus petit nombre des sujets, des vomissements d'aliments, très rarement de bile, mais non de sang, viennent se joindre à ces symptômes. Le dépérissement et la faiblesse se montrent fort rarement, et plus rarement la constipation, les frissons, une certaine inquiétude, etc. En somme, c'est presque toujours de légers dérangements dans les digestions qui indiquent le commencement du cancer.

*Symptômes.* — Les symptômes de la maladie confirmée ont presque tous été exposés en détail par les auteurs, qui cependant n'ont pas apporté dans leurs descriptions toute la précision désirable. Ce n'est pourtant qu'en étudiant avec le plus grand soin chaque symptôme en particulier, qu'on peut espérer de lever tous les doutes sous le rapport du diagnostic.

1° *Troubles fonctionnels.* — Nous avons vu plus haut que l'*appétit* était fréquemment diminué dès le début. Dans dix-huit cas que nous avons analysés, et où ce symptôme fut recherché, son existence est constatée, soit pendant toute la maladie, soit seulement à une certaine époque, chez dix-sept sujets; mais chez le dix-huitième, l'appétit est resté bon jusqu'à la fin, et ce n'est pas là un des phénomènes les moins remarquables dans une affection qui altère aussi profondément l'estomac. Sur trente-trois cas, M. Lebert a vu l'appétit conservé quatre fois; augmenté une fois, diminué sans être aboli six fois. Vingt-deux fois il y avait anorexie. On chercherait en vain à se rendre compte de ces exceptions par l'état particulier dans lequel on a trouvé l'organe après la mort. Chez le sujet dont il s'agit, il existait, en effet, une ulcération assez étendue, et qui par conséquent

semblait devoir anéantir complétement l'appétit, comme cela avait lieu dans d'autres cas absolument semblables.

Au reste, on trouve une assez bonne explication de cette espèce d'anomalie, quand on considère ce qui se passait dans d'autres cas où l'appétit fut notablement diminué et même complétement perdu. Voici, en effet, ce qu'on observa. En envisageant les faits d'une manière générale, on voit que la diminution de l'appétit faisait sans cesse des progrès ; mais il ne fut entièrement perdu que chez dix sujets sur dix-sept, et chez quatre d'entre eux il ne le fut que dans les derniers jours. Chez trois, l'appétit fut perdu complétement vers le milieu de la maladie; mais, chose bien remarquable, il revint plus tard pour durer jusqu'au dernier moment. Chez deux autres, l'appétit éprouva des variations très grandes de telle sorte que pendant un temps plus ou moins long il était assez bon, puis il survenait de l'anorexie remplacée à son tour par une appétence assez marquée, et ainsi de suite jusqu'à la fin. L'appétit n'étant diminué, dans les premiers temps, que chez la moitié des sujets environ,on ne peut pas, d'une manière positive, suivre la marche de l'affection d'après la diminution de l'appétit. Que cette diminution a été en général d'autant plus rapide que la maladie a marché plus promptement.

L'*état des digestions* a principalement fixé l'attention des auteurs. Tous ont insisté avec force sur les troubles considérables qui se manifestent dans le cours de la maladie, au moment de la digestion surtout. Cette proposition est un peu trop générale. Sur dix-huit cas, en effet, où l'état des digestions a été constaté, on voit qu'elles n'ont été réellement pénibles que chez les deux tiers des sujets. Les autres ne se plaignaient d'aucun malaise après le repas: s'il survenait des symptômes, c'était assez longtemps après, et cependant la perte de l'appétit n'en était pas moins marquée chez eux.

Chez neuf de ces sujets, les digestions ne devinrent très pénibles qu'à une époque très avancée de la maladie, c'est-à-dire de six mois à un ou deux ans après le début caractérisé par la perte de l'appétit et le dépérissement. Certains aliments sont ordinairement plus difficiles à supporter que d'autres ; mais il n'y a réellement pas de règle générale à établir à ce sujet. Ainsi nous avons sous les yeux une observation où le malade, qui ne pouvait supporter ni le lait ni le vin, et qui vomissait la soupe, digérait assez facilement les pommes de terre et les choux ; un autre ne pouvait digérer que les légumes et du vin sucré, et vomissait le lait et la viande; un autre ne supportait pas l'eau-de-vie ; chez un autre, les boissons émollientes étaient trop lourdes : en somme, rien n'est plus variable que ce symptôme. Toutefois il faut dire qu'en général le laitage, les légumes, les aliments légers en un mot, sont facilement digérés, alors que déjà une nourriture substantielle passe difficilement ou est rejetée par les vomissements.

Les *sensations* éprouvées par les malades, un temps plus ou moins long après l'ingestion des aliments, sont la *pesanteur épigastrique*, des *aigreurs*, qui, chez deux sujets, étaient uniquement causées par le vin, des *éructations* tantôt sans odeur, tantôt ayant l'odeur d'œufs pourris (deux cas) ; un *gonflement* plus ou moins considérable dans la région de l'estomac, et enfin un *abattement* plus ou moins marqué.

Les *douleurs épigastriques* sont un des symptômes les plus fréquents et les plus remarquables de la maladie ; mais on ne saurait les regarder comme un signe constant ; car sur vingt et un cas que nous avons sous les yeux, et où l'exploration a

été faite avec soin, deux fois elles ont manqué complétement, une fois elles ne se sont produites que les trois derniers mois de la maladie; chez un sujet, chose très remarquable, après avoir existé au début, elles ont disparu pour ne plus se montrer. Les lésions n'étaient pas différentes chez les sujets qui ont éprouvé des douleurs et chez ceux qui n'en ont pas eu. Parmi ces derniers, en effet, deux avaient un cancer ulcéré et les autres des tumeurs plus ou moins développées. M. Lebert a également constaté ce qui suit sur quarante-deux malades : trois fois absence de douleurs, deux fois elles ont été très légères, et deux fois on n'a pu obtenir de renseignements.

Il faut distinguer avec soin, dans cette affection comme dans les autres, les douleurs qui se sont *développées spontanément*, de celles qui sont *provoquées par la pression*. Les premières sont notablement plus fréquentes; elles se sont, en effet, montrées seize fois sur dix-sept cas, tandis que la douleur à la pression ne s'est manifestée que dix fois. La *douleur spontanée*, presque toujours vive, est définie d'une manière différente par les divers malades. Les uns la comparent à une sensation brûlante, les autres à des coliques; d'autres à une sensation de froid; d'autres à un bouillonnement douloureux. C'est presque toujours à l'épigastre que cette douleur a son siége. Cependant elle s'étend parfois au delà, peut contourner la base de la poitrine, se faire sentir dans les lombes et dans le dos. M. Cruveilhier a principalement insisté sur la douleur qui traverse la poitrine et va retentir dans un point de l'épine dorsale. Chez un sujet que nous avons actuellement sous les yeux, nous avons pu constater qu'une douleur de ce genre était due tout simplement à l'existence d'une *névralgie intercostale* indépendante du cancer, puisque l'application de quelques vésicatoires l'a enlevée rapidement, sans exercer aucune influence (il est à peine besoin de le dire) sur la maladie de l'estomac. En est-il de même dans les autres cas cités par les auteurs? C'est principalement au-dessous de l'appendice xiphoïde, ou bien au niveau de la tumeur, que ces douleurs ont leur point de départ, alors même qu'elles vont s'irradier au loin.

Ce n'est que dans un petit nombre de cas, ainsi que nous l'avons vu plus haut, que ces douleurs se manifestent dès le début. Il est rare qu'elles deviennent bien intenses avant que la maladie ait duré plusieurs mois. Chez un certain nombre de sujets, les douleurs spontanées ne se développent que vers les derniers temps. Elles n'ont apparu parfois qu'aux derniers jours de l'existence. Il est extrêmement rare que ces douleurs, une fois qu'elles se sont montrées, ne persistent pas jusqu'à la mort, et même n'aillent pas en augmentant. Chez un sujet cependant, des douleurs spontanées sous forme de coliques d'estomac, s'étant montrées pendant quelques jours dans le courant du dernier mois, disparurent bientôt pour ne plus se montrer.

Il n'est pas permis d'attribuer d'une manière absolue à l'ulcération du cancer le développement des douleurs que nous venons de décrire. Si l'on considère que c'est à l'époque probable où cette ulcération a lieu qu'elles se font notablement sentir, on sera porté à admettre que l'ulcération contribue à les faire naître. Quant aux causes particulières qui leur donnent naissance, on voit que, dans un cas, c'était un développement considérable de gaz; dans un autre, le travail de la digestion; dans un troisième, les efforts de vomissement; et que, chez les autres

sujets, elles se produisaient sans aucune cause connue, à des époques variables de la journée.

La *douleur à la pression*, qui, ainsi que nous venons de le voir, se montre moins fréquemment que la douleur spontanée, est aussi moins vive; cependant parfois, et surtout à la fin de la maladie, elle est portée à un tel point que la palpation de l'épigastre cause de vives souffrances. Lorsqu'il existe une tumeur appréciable par le toucher, c'est à son niveau que se manifeste la douleur à la pression. Comme la douleur spontanée, celle dont il s'agit ici ne se montre ordinairement qu'à une époque assez avancée de la maladie, et peut disparaître après avoir existé plus ou moins longtemps.

Le *vomissement* est ensuite le symptôme le plus remarquable et le plus constant. Cependant il ne faut pas croire qu'il ne manque jamais dans cette maladie. Dans vingt-six cas, en effet, dans lesquels son existence a été rigoureusement recherchée, il a été constaté parfaitement que le vomissement a complétement manqué chez un sujet, et un autre a positivement affirmé qu'il n'avait jamais vomi. Dans quarante-deux cas observés par M. Lebert, les vomissements ont manqué six fois, ont été rares cinq fois, et chez trois des malades chez lesquels ils ont manqué, l'autopsie démontra une altération de l'orifice pylorique avec rétrécissement dans deux cas. On a pensé que l'absence des vomissements dans le petit nombre de cas où on l'observe a un rapport évident avec les altérations trouvées après la mort; que dans ces cas le pylore reste large, et que par conséquent le passage des aliments dans les intestins se fait toujours facilement. Chez les deux sujets dont je viens de parler, il n'y avait pas, en effet, de rétrécissement du pylore, mais il existait auprès de cet orifice un épaississement notable des parois, avec une ulcération assez étendue, et, sous ce rapport, ces cas ne différaient pas de plusieurs autres, dans lesquels cependant les vomissements avaient été abondants. Par conséquent, s'il est vrai de dire que la liberté de l'orifice pylorique paraît être une circonstance qui s'oppose au vomissement, il n'en faut pas moins admettre qu'il y a encore d'autres causes qui ne nous sont pas connues, et dont l'état des organes ne rend nullement compte.

C'est ordinairement vers le milieu du cours de la maladie que les vomissements se manifestent, ou du moins qu'ils deviennent assez fréquents pour inquiéter les malades. Ainsi, chez quatorze sujets qui d'abord n'en avaient pas eu, ou qui n'en avaient eu que de loin en loin, ils sont devenus, vers le milieu de la maladie, assez fréquents pour qu'il ne se passât pas de semaine sans qu'il y en eût plusieurs; chez quelques-uns même, le vomissement a eu lieu, dès cette époque, tous les jours, ou même plusieurs fois par jour (cinq ou six fois dans un cas).

Chez presque tous les sujets, les vomissements vont ensuite en augmentant de fréquence, de telle sorte que, vers la fin de la maladie, ils se produisent tous les jours une ou plusieurs fois. On voit des sujets qui, après avoir eu des vomissements multipliés pendant un temps assez long, les voient cesser dans les derniers jours et même dans les trois ou quatre derniers mois; d'autres chez qui ils cessent et se reproduisent à diverses reprises sans qu'on puisse en saisir la cause.

Quel est le rapport qui existe entre l'état du pylore et cette fréquence des vomissements? Dans les vingt-six cas que nous avons cités plus haut, il y en a eu, comme nous l'avons déjà dit, deux sans vomissements; restent donc vingt-quatre. Or, dans

ingt de ces cas, le pylore était rétréci d'une manière notable, et surtout dans quatre 'entre eux; et si l'on examine quelle était la fréquence des vomissements, on voit ue cinq fois ils ont été très nombreux à la fin de la maladie, et que trois fois, au ontraire, ils ont toujours été rares. C'est ce qui avait lieu chez un entre autres, ont le pylore n'avait qu'un calibre de cinq lignes environ. Mais dans d'autres as, au nombre de quatre, le pylore ayant été détruit en plus ou moins grande artie par une ulcération remarquable par sa largeur, il y a eu des vomissements rès fréquents trois fois; absence de vomissements, au contraire, chez un sujet. De plus, enfin, un rétrécissement très considérable du pylore n'a pas empêché que les vomissements qui avaient été très fréquents dans le milieu de la maladie aient essé quatre mois avant la mort, pour ne plus se reproduire. Ces faits sont loin de oncorder avec les opinions généralement reçues, et prouvent la vérité de ce que ous avancions tout à l'heure, c'est-à-dire que l'obstacle au pylore n'est pas la eule condition propre à produire le vomissement.

Si nous examinons maintenant dix-huit cas dans lesquels l'ulcération a existé, ous verrons qu'on n'en peut pas tirer de conclusions plus rigoureuses sous le oint de vue qui nous occupe. On n'a pas oublié, en effet, les deux cas dans lesquels le vomissement n'a jamais existé, malgré la présence d'une ulcération étendue, et, en outre, nous ferons remarquer que, chez un sujet, il n'y eut que des omissements rares, quoique l'ulcération fût profonde. Cependant il n'en est pas noins digne de remarque que chez tous les autres (chez quinze) les vomissements ont devenus de plus en plus fréquents jusqu'à la fin de la maladie, c'est-à-dire u'ils ont augmenté à mesure que l'ulcération a fait des progrès, jusqu'à ce qu'enin, dans la plupart des cas, ils soient devenus nombreux au point d'avoir lieu lusieurs fois chaque jour. Si donc il est une lésion qui coïncide plus particulièement avec le vomissement, c'est l'ulcération, alors même qu'elle a détruit la 'alvule pylorique, et rendu le passage des aliments de l'estomac dans l'intestin plus ibre en apparence. M. Lebert est arrivé aux mêmes conclusions.

Ce résultat des faits ne concorde pas parfaitement avec l'opinion générale qui oit la cause principale du vomissement dans le rétrécissement du pylore; il était lonc important d'y insister, afin d'attirer l'attention des observateurs sur ce point u'ils ont trop négligé.

La *matière des vomissements* varie dans un bon nombre de cas, suivant l'époque le la maladie. Ainsi nous avons vu qu'au début c'étaient des *matières alimenaires*, ou beaucoup plus rarement, et pour ainsi dire accidentellement, une petite uantité de *bile*. A une époque plus avancée, les vomissements consistent égalenent en boissons et en aliments; mais il s'y joint, dans un assez bon nombre de as, des vomissements *glaireux*, des *régurgitations aigres* dans les intervalles. En outre, à cette époque avancée de la maladie, on voit parfois survenir des *vomissements noirâtres*, que l'on a comparés à de la suie délayée ou à du marc de café, et que l'on regarde comme caractéristiques de l'affection cancéreuse. Dans les observations que nous avons rassemblées, ces vomissements noirâtres ou couleur le bistre ne se sont montrés que sept fois sur vingt-six cas. M. Lebert les a constatés vingt-quatre fois sur quarante-deux cas. Si la présence de ce symptôme est importante pour le diagnostic, elle ne peut aider l'observateur que dans un certain nombre le cas. Chez un sujet, les vomissements présentaient une *couleur feuille-mo*

remarquable. La matière de ces vomissements noirs est toujours mêlée à une certaine quantité d'aliments, de boissons ou de mucosités. Lorsqu'on la laisse reposer, il se dépose au fond du vase une poussière noirâtre; et c'est ce qui a fait comparer le liquide au marc de café.

On a discuté sur la nature de cette matière noire; mais aujourd'hui on s'accorde à admettre qu'elle est constituée par la présence du sang altéré dans la matière des vomissements. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion du diagnostic. En attendant, constatons ici que les vomissements noirs n'ont nullement coïncidé avec l'ulcération des parois de l'estomac.

Les *vomissements de sang pur* ont encore été signalés comme faisant partie des symptômes du cancer de l'estomac; mais, dans les observations que j'ai recueillies, il n'y a eu que deux fois des vomissements de cette nature. Dans l'un de ces cas, le malade rendait depuis longtemps une matière aigre, brune, de couleur chocolat, et l'estomac était profondément ulcéré. On ne trouva pas néanmoins d'artérioles ouvertes dans l'ulcération.

Les *vomissements bilieux* ne sont pas moins rares, puisqu'ils ne se sont montrés que trois fois, qu'ils n'ont eu lieu que de loin en loin, et dans des cas où les vomissements d'aliments, de boissons et de matières brunes étaient beaucoup plus remarquables. Ce fait mérite d'être noté, parce qu'il est important pour le diagnostic du cancer et de la gastrite chronique.

C'est ordinairement *un certain temps après le repas* qu'ont lieu les divers vomissements dont il vient d'être question. Quelquefois c'est d'un quart d'heure à une heure après; d'autres fois les malades ne rejettent les aliments que vingt-quatre, trente-six heures et même plus longtemps après les avoir pris. Toutefois il peut y avoir de grandes variations chez le même individu. On a observé aussi parfois des vomissements qui avaient lieu *immédiatement après l'ingestion* d'une petite quantité d'aliments, et l'on a attribué ce vomissement si rapide à l'altération plus ou moins profonde du cardia dans certains cas. Nous avons vu, à l'article *Rétrécissement de l'œsophage*, qu'en effet lorsque le cancer occupe la partie inférieure de ce conduit, le vomissement existe avec les caractères qui viennent d'être indiqués : mais il peut en être de même dans des cas différents. C'est ainsi qu'un sujet qui vomissait à mesure qu'il mangeait sa soupe, ne présentait pas de rétrécissement du cardia ni de l'œsophage, mais seulement un rétrécissement médiocre du pylore sans aucune ulcération. Au reste, ce symptôme ne se produisit que pendant un espace de temps très court.

Dans les premiers temps, les vomissements exigent toujours de *certains efforts* de la part du malade, et assez souvent ces efforts sont très pénibles ; mais il arrive quelquefois que les matières contenues dans l'estomac sont rendues sans aucun effort et comme par regorgement. C'est ce qui avait lieu dans deux des cas dont nous avons rassemblé les observations, et où l'ulcération de la petite courbure existait sans rétrécissement du cardia ni du pylore. Ce n'est, au reste, que dans les derniers jours de la maladie qu'apparaissent des vomissements semblables.

Tous les auteurs ont remarqué cette *préférence de l'estomac pour certains aliments*, qui se montre dans quelques cas. Nous l'avons déjà indiquée à l'occasion du trouble des digestions; il nous suffira d'ajouter ici que parfois les aliments les plus légers et de la plus facile digestion sont vomis, tandis que des substances

qui passent généralement pour être très indigestes sont parfaitement gardées.

Quant aux *circonstances dans lesquelles se produisent les vomissements*, il en est quelques-unes qui méritent d'être mentionnées. Chez un sujet, ils étaient provoqués par la moindre émotion morale. Un autre ne pouvait conserver les aliments dans l'estomac qu'en gardant l'immobilité la plus absolue après avoir mangé; s'il voulait faire un mouvement, il vomissait tout ce qu'il venait de prendre ; s'il pouvait rester immobile, le vomissement n'avait lieu que le lendemain. Un autre ne pouvait pas se coucher sur le côté droit sans vomir immédiatement. Ce fait, au reste, n'est pas propre au cancer. Tous les jours on voit, dans d'autres affections remarquables par des vomissements fréquents, l'immobilité avoir les mêmes résultats, tandis que le moindre mouvement provoque le rejet des matières contenues dans l'estomac.

Nous verrons, à l'article *Dilatation de l'estomac*, que dans cette affection les aliments et les boissons pouvaient s'accumuler pendant un et plusieurs jours, puis être rendus dans un état d'altération plus ou moins marquée. Il est presque inutile d'ajouter ici que les choses se passent de la même manière dans les cas de cancer de l'estomac, puisque, ainsi que je l'ai fait remarquer, l'ampliation morbide se montre principalement dans le cancer de cet organe.

Presque toujours des *nausées* plus ou moins fatigantes précèdent les vomissements; mais il est plus rare d'observer ce symptôme dans les intervalles. Cinq sujets seulement se plaignaient de nausées plus ou moins fatigantes, et l'un d'eux avait remarqué qu'elles étaient provoquées par la plus petite quantité de tisane, ce qui l'empêchait de satisfaire sa soif, qui cependant était très vive.

2° *Tumeur à l'épigastre.* — Dans un certain nombre de cas on peut constater, à l'aide de la *palpation*, l'existence d'une tumeur, qui est un des caractères les plus importants de la maladie : il est donc indispensable d'insister sur ce signe.

C'est seulement dans dix-sept des cas que j'ai rassemblés qu'on a cherché avec soin son existence, et douze fois la présence d'une tumeur bien déterminée a été constatée. Son *siége* est variable, mais on la rencontre bien plus souvent à une petite distance de l'ombilic, ou à son niveau, que partout ailleurs. Dans presque tous les cas dont je viens de parler, la tumeur circonscrite existait à droite du nombril et un peu au-dessus. Dans un petit nombre, elle se montrait à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, dans la direction de la ligne blanche, et un peu à droite. Deux fois seulement elle était située au côté gauche. Au reste, de quelque côté qu'elle soit située, elle remonte ordinairement vers les fausses côtes, mais il est rare qu'elle s'insinue au-dessous d'elles; c'est là un fait important à constater, car il peut servir au diagnostic; il ne permet pas, en effet, de croire que la tumeur soit formée aux dépens des organes renfermés dans les hypochondres. Nous avons vu néanmoins un cas pour lequel une semblable méprise avait été commise. La tumeur, il est vrai, existait à une assez grande distance de la ligne médiane, et à gauche, ce qui est loin d'être le plus ordinaire; mais ce n'était pas une raison de la regarder comme une tumeur de la rate, ainsi qu'on l'avait fait, car son bord externe s'arrêtait à un travers de doigt et demi des fausses côtes gauches, ce qui n'aurait pas eu lieu si elle eût été formée par la rate.

Le *volume de la tumeur* est assez variable : tantôt il ne dépasse pas celui d'un œuf de pigeon, tantôt il égale le volume du poing, comme cela avait lieu dans un

des cas que nous avons rassemblés. Lorsqu'elle est un peu volumineuse, elle paraît *superficielle*, et quelquefois même, lorsqu'elle est immobile, elle semble s'être développée dans les parois intestinales. Sa *surface* est ordinairement inégale, légèrement bosselée ; quelquefois elle donne sous la palpation une sensation de mollesse, mais plus souvent elle est ferme et *dure*. Dans deux cas elle était remarquable en ce qu'elle paraissait divisée en deux par une *dépression* assez prononcée, et cependant, à l'autopsie, on ne trouva pas de division marquée dans l'induration des parois de l'estomac. Toutefois il faut noter que l'observation ne nous apprend pas si la dépression a existé jusqu'à la fin.

Il est un autre caractère qui est bien digne de remarque, quoiqu'il ne s'observe que dans un petit nombre de cas. La tumeur *change parfois de place d'un jour à l'autre ;* un jour on la trouve à droite de la ligne médiane, le lendemain à gauche, et souvent ces variations se répètent pendant longtemps. Cela n'a lieu que dans les cas où il y a une ampliation considérable de l'estomac, et c'est sous l'influence de la réplétion de l'organe et des vomissements que la tumeur se porte ainsi d'un côté à l'autre. Lorsque l'estomac est rempli de liquide, son fond, gagnant la partie inférieure de l'abdomen, attire du côté gauche et en bas la portion pylorique où se trouve la tumeur ; puis, lorsque le vomissement a vidé l'estomac et que ses parties ont repris leur place, la tumeur revient à droite, et ainsi de suite. Ces faits ont été parfaitement constatés dans deux observations recueillies par M. Louis.

Chez un sujet il n'existait pas de variation semblable, mais la tumeur semblait *flotter dans un liquide*. Il fut difficile d'expliquer ce phénomène après la mort, car il n'y avait pas d'épanchement abdominal, et l'estomac n'était pas volumineux.

Outre l'ampliation de l'estomac, cette mobilité de la tumeur annonce que l'organe est libre d'adhérences, et que l'épiploon gastro-hépatique n'est pas envahi par le cancer ; car ces circonstances sont nécessaires pour que le transport de la tumeur d'un côté à l'autre puisse avoir lieu.

Nous avons vu plus haut que c'était au niveau de cette tumeur ou à ses côtés que la douleur spontanée avait lieu. Cependant la tumeur elle-même n'est pas extrêmement douloureuse à la pression, si ce n'est dans un petit nombre de cas ; parfois même elle est entièrement indolente. Quelquefois le ventre devient tellement dur, que la tumeur, jusqu'alors facile à constater, n'est plus appréciable par le toucher ; c'est ce qui avait lieu dans un des cas dont j'ai fait l'analyse.

Les observations sont insuffisantes pour qu'on puisse dire d'une manière précise à quelle époque de la maladie se montre la tumeur sus-ombilicale. Dans un petit nombre de cas seulement, il a été bien constaté qu'elle n'est apparue que dans les derniers mois.

Quelquefois, au lieu d'une tumeur, on n'observe qu'une *rénitence* uniforme plus ou moins étendue, qui a à peu près le même siége que celui de la tumeur. Alors on ne trouve ni bosselures ni duretés notables, et l'on n'observe pas cette mobilité que nous venons de signaler. Dans les cas de ce genre, l'épaississement de l'estomac est pour ainsi dire étendu en nappe, et ne forme pas de tuméfaction circonscrite. Chez un certain nombre de sujets, l'examen le plus attentif ne peut faire découvrir aucune espèce de tumeur.

3° *Forme du ventre.* — La *forme du ventre* ne mérite pas moins d'attirer notre

attention. Chez un petit nombre de sujets, il présente seulement une augmentation générale de volume sans aucune saillie particulière; c'est ce qui a été observé dans quatre des cas que j'ai rassemblés. Chez d'autres, en plus petit nombre encore, la saillie formée par la tumeur se fait seule remarquer; et partout ailleurs le ventre est rétracté ou a sa conformation naturelle. Chez un seul, la conformation de l'abdomen est restée normale jusqu'à la fin de la maladie.

Mais, chez un certain nombre d'autres (six fois sur seize), on observe une forme particulière du ventre qui doit fixer notre attention. En effet, l'*estomac*, plus ou moins volumineux, *se dessine* visiblement sur la paroi abdominale. Il y a alors une dilatation de cet organe telle qu'elle a été décrite dans l'article précédent; dans tous les cas où elle a été constatée, il existait un rétrécissement marqué du pylore, sauf dans un seul, où il n'y avait autre chose qu'une ulcération profonde. Nous nous contenterons d'indiquer ici ces faits, renvoyant à ce que nous avons dit plus haut dans l'article *Dilatation de l'estomac*, pour l'explication qu'on en peut donner et pour les symptômes propres à cet état. Un *météorisme* médiocrement prononcé se manifeste quelquefois vers la fin de l'existence, et fait disparaître en plus ou moins grande partie les saillies dont il vient d'être question.

4° *Résultat de la percussion.* — La *percussion* pratiquée à la région épigastrique fait entendre soit un son mat, soit simplement un son obscur au niveau de la tumeur cancéreuse; tandis qu'au-dessous et sur les côtés elle donne lieu au son clair produit par les gaz contenus dans l'estomac et dans les intestins. Suivant MM. Piorry, on pourrait, à l'aide de la percussion, reconnaître le son mat fourni par une tumeur développée à la paroi postérieure de l'estomac, la paroi antérieure restant saine; il suffirait de déprimer la paroi de l'abdomen de manière à arriver aussi près que possible de la tumeur. On ne sait sur quels faits cet auteur s'est appuyé pour avancer une semblable proposition, car il n'est pas un seul cas de cancer bien étudié où l'épaississement de l'estomac ait été borné à la paroi postérieure; toujours la petite courbure et même une partie de la paroi antérieure ont été envahies.

La percussion fait également reconnaître la distension de l'estomac dont il vient d'être question; mais j'ai longuement traité ce sujet plus haut, et je n'ai rien à y ajouter ici (1). Nous en dirons autant des *bruits de glouglou*, de gargouillement déterminés par le *ballottement* imprimé à l'abdomen, et de la *fluctuation obscure* que l'on peut déterminer quelquefois.

5° *Symptômes fournis par le reste du tube digestif.*—Tels sont les symptômes qu'on peut désigner d'une manière générale sous le nom de symptômes locaux. Si maintenant nous examinons ceux qui se manifestent dans les autres points du tube digestif, voici ce que nous trouvons : la *langue* est ordinairement pâle et humide, parfois elle devient sèche, rouge, noire et croûteuse; mais ce n'est qu'à la fin de la maladie, dans les derniers jours, et lorsqu'il se développe une inflammation ayant presque toujours son siége dans les voies respiratoires, inflammation qui vient mettre un terme à l'existence. Dans les cas où ces complications ne surviennent pas, il n'est pas rare de voir la langue rester naturelle jusqu'à la fin, ou ne présenter qu'un léger enduit blanchâtre ou grisâtre, ou quelques viscosités. Dans la dernière période du cancer de l'estomac, comme dans les autres maladies chroniques, le

(1) Voy. l'article *Dilatation de l'estomac.*

*muguet* et la *stomatite pseudo-membraneuse* se montrent quelquefois : c'est ce que nous avons indiqué dans les articles consacrés à ces deux affections ; il nous suffit d'ajouter ici qu'elles se sont produites chez deux sujets. Dans un petit nombre de cas, la bouche est pâteuse et amère, mais seulement pendant un certain temps, en sorte qu'il n'y a rien là de propre à la maladie qui nous occupe.

La *soif* est ordinairement nulle, si ce n'est chez quelques sujets à la fin de la maladie, surtout lorsque la fièvre s'allume et qu'il survient une complication d'une affection inflammatoire. Dans les cas que nous avons rassemblés, on n'a pas constaté l'appétence pour les boissons froides et acidules qui a été signalée par quelques auteurs. Un des sujets ne voulait même prendre que des boissons tièdes et douces.

La *déglutition* est ordinairement facile ; dans deux cas, cependant, elle a été douloureuse, et dans ces deux cas le cancer se portait jusqu'au cardia, mais sans envahir d'une manière notable l'œsophage. On trouve dans les auteurs des exemples de cancer de l'estomac se propageant à une plus ou moins grande étendue de ce conduit ; il existe alors une difficulté de la déglutition, avec les autres symptômes que nous avons dû noter à l'article *Rétrécissement de l'œsophage*. Nous avons fait, il y a peu de jours, l'autopsie d'un homme qui a succombé à un cancer de la petite courbure avec deux ulcérations, voisines l'une du pylore, et l'autre du cardia. Dans ce cas, une couche pseudo-membraneuse couvrait la moitié inférieure de l'œsophage, et néanmoins la déglutition est restée libre et facile. Sous ce rapport, ce fait est très remarquable.

Pendant presque tout le cours de la maladie, les *selles* sont habituellement rares, et il y a une constipation plus ou moins opiniâtre ; mais il est fréquent de voir la diarrhée survenir vers les derniers mois ou au moins dans les derniers jours. Chez treize sujets, en effet, il en a été ainsi, et cinq, peu de temps avant de succomber, ont eu des selles extrêmement nombreuses et même involontaires ; un seul a eu des selles sanglantes ; il avait en même temps un vomissement de sang.

6° *Aspect extérieur*. — On a beaucoup insisté sur la coloration générale, sur l'état de la face, sur l'amaigrissement qu'on observe chez les sujets affectés de cancer de l'estomac. Nous allons passer en revue ces divers signes.

La *face* n'offre pas ordinairement d'altérations très remarquables dans les premiers temps de la maladie. Elle est encore naturelle, ou ne présente qu'un peu de langueur et de pâleur dont on ne s'aperçoit pas si l'on voit le malade tous les jours. Quelques sujets conservent cet état naturel ou presque naturel de la face jusqu'aux derniers jours, ou du moins jusqu'au dernier mois. Il en fut ainsi dans cinq cas sur seize, où l'état de la face fut bien constaté. Chez les autres sujets, il survint, vers le milieu de la maladie, ou dans les trois ou quatre derniers mois, une altération remarquable. La face était d'un jaune pâle, quelquefois décolorée, parfois basanée, olivâtre, couleur de pain d'épice, ou seulement d'une grande pâleur. Quelle que soit la couleur de la face, les sclérotiques n'y participent pas ; elles sont blanches ou d'un blanc bleuâtre lorsque les tissus sont très émaciés. La coloration jaune ou jaune terreux qu'on a donnée comme un caractère des affections cancéreuses est loin de se montrer constamment, et au début de la maladie on la chercherait en vain. On a cependant cité quelques cas où, dès les premiers temps, la face a présenté une altération notable : ce sont ceux où la maladie marche très rapidement ; mais ces cas sont très rares.

Dans les derniers mois ou dans les derniers jours de la maladie, ces altérations font des progrès effrayants, et elles sont d'autant plus remarquables, que jusque-là la face s'était montrée plus naturelle. On voit alors les traits s'effiler d'un jour à l'autre, les joues se creuser et le teint passer au basané et même au noir, ce qui a été constaté chez un sujet dont nous avons l'observation sous les yeux.

La *maigreur* de la face fait sans cesse des progrès, et lorsque la maladie est arrivée à un degré avancé, elle est souvent telle, que la peau paraît collée sur les os, et qu'au moindre mouvement des muscles elle présente de nombreuses rides. C'est surtout lorsque les vomissements deviennent journaliers et très nombreux que cet aspect de la face est observé. Cependant il ne faut pas croire que le vomissement des aliments et le défaut de digestion qui en est la suite soient nécessaires pour produire une maigreur considérable. On a noté ce signe chez des sujets qui ne vomissaient que rarement. La perte plus ou moins complète de l'appétit, une nourriture insuffisante, et aussi l'influence de la dégénération cancéreuse sur l'organisme en général, suffisent pour produire parfois un amaigrissement rapide.

Rarement la face a une expression de *souffrance*, hors les moments où se font sentir les douleurs spontanées; elle est plutôt languissante, fatiguée, abattue. Quelquefois elle exprime seulement la tristesse; mais elle peut aussi conserver toute sa gaieté, comme cela a eu lieu dans un cas observé par M. Louis.

La *coloration générale* est en rapport avec celle de la face; cependant elle est moins prononcée. Ainsi, on n'a pas vu sur le corps la couleur basanée ou noire qui occupait la face; mais quelquefois on trouve sur le tronc et les membres une légère teinte olivâtre, comme celle qui a été indiquée plus haut.

L'*amaigrissement du corps* suit également les progrès de l'amaigrissement de la face. Comme ce dernier, il est surtout très notable dans les derniers temps, lorsque les vomissements deviennent très abondants. On a vu alors des sujets passer en quelques jours d'un embonpoint médiocre à un marasme prononcé. Ce marasme se fait remarquer chez tous les sujets qui succombent au cancer de l'estomac, à moins qu'une affection intercurrente ne vienne les emporter. Souvent la maigreur est entièrement squelettique dans les derniers jours, et même dans les dernières semaines. Chez les sujets qui ont une ampliation considérable de l'estomac, le gonflement du ventre qui en résulte fait encore ressortir la maigreur extrême des membres et de la face. Cet amaigrissement, comparé par M. Louis (1) à celui des autres affections chroniques, se montre en général plus considérable. Et ce qui confirme cette proposition, c'est qu'à l'autopsie on trouve les vaisseaux plus rétrécis et le cœur plus petit que dans aucune autre maladie.

7° *Symptômes généraux.* — Pendant longtemps on n'observe pas de symptômes généraux dignes d'être notés. Le pouls reste normal ou est remarquable par sa lenteur. Les malades, loin de présenter une chaleur fébrile, offrent souvent, au contraire, un abaissement de température, surtout aux extrémités. Ce n'est guère que dans les derniers jours, ou tout au plus le dernier mois, que les choses changent. Le pouls devient faible, petit, quelquefois insensible. Son accélération est parfois remarquable; mais alors un examen attentif fait reconnaître une affection nouvelle qui vient compliquer la maladie principale. C'est du moins ce qui a eu lieu

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2e édition. Paris, 1843.

dans les cas dont nous avons rassemblé les observations, et c'est dans les voies respiratoires qu'on a trouvé cette nouvelle maladie. Dans les autres cas, le pouls ne s'est pas élevé au-dessus de cent pulsations, même dans les derniers moments. Il n'a jamais été ni irrégulier ni intermittent, si ce n'est chez un sujet qui présentait à la fois un emphysème pulmonaire et une pleuro-pneumonie.

*L'état de la respiration* a encore moins d'importance. Il est, en effet, resté normal, si ce n'est pendant l'agonie, ou à une époque très voisine, chez tous les sujets qui n'ont pas présenté de complication du côté des voies respiratoires. On n'a jamais observé la *toux gastrique* indiquée par quelques auteurs ; car toutes les fois que la toux a existé, l'état des poumons en rendait parfaitement compte.

Il n'est pas rare de voir survenir un certain degré d'*œdème*. C'est dans les trois ou quatre mois qui précèdent la mort qu'on le voit apparaître, rarement plus tôt, quelquefois plus tard. Il commence par les pieds, envahit ensuite le reste des membres inférieurs, puis les mains, et enfin le tronc. Quelquefois il se montre pendant un temps assez long aux jambes avant de gagner les autres parties. Il est rare qu'il y ait un épanchement, même médiocre, dans la cavité abdominale. Sept des sujets dont nous avons analysé les observations ont présenté cet œdème, que l'on ne peut expliquer que par une altération du sang encore imparfaitement connue. Cependant on a cité quelques faits où l'œdème des parties inférieures se rattache à une compression des veines abdominales par des tumeurs cancéreuses. On a vu même de la matière cancéreuse pénétrer dans ces veines ; l'affection s'était alors étendue à une plus ou moins grande distance de son siége primitif. Enfin, parfois on a trouvé une inflammation adhésive des veines voisines du cancer. Les urines n'ont pas été suffisamment examinées, on n'en peut rien dire de positif.

La *céphalalgie* n'a jamais été observée que dans les derniers jours de la maladie, à moins de complication. L'*intelligence* reste également intacte jusqu'aux derniers moments, et l'on ne peut attribuer les troubles qu'elle présente qu'à l'agonie ou au développement d'affections intercurrentes ; il en est de même des troubles de la vue. Nous ne trouvons donc dans cette maladie aucun de ces symptômes sympathiques que l'on a dit appartenir à toutes les maladies de l'estomac.

C'est également à la fin de la maladie que surviennent l'*anxiété* et l'*insomnie*, qui ne se montrent que chez quelques sujets, et qui ne sont jamais portées à un très haut degré. L'*état des forces* est en raison directe de l'amaigrissement, et, comme lui, tantôt la faiblesse fait des progrès lents, mais continuels, ce qui est le cas le plus ordinaire ; tantôt après plusieurs variations, les forces, qui d'une manière générale s'étaient assez bien maintenues, tombent presque tout à coup, et font place à l'affaissement le plus profond.

*Tableau de la maladie.* — Tels sont les symptômes du cancer de l'estomac. De la description précédente on peut tirer le tableau suivant, qui fera mieux connaître la physionomie de cette affection. Des troubles marqués de la digestion ouvrent d'abord la scène. Après les repas, les malades éprouvent une pesanteur incommode à l'épigastre ; quelques-uns une douleur médiocre. Il y a parfois des éructations acides, ou ayant une odeur d'œufs pourris, ou sans goût et sans odeur ; plus rarement quelques vomissements à de longs intervalles. L'appétit diminue, sans dégoût pour les aliments ; il existe une constipation plus ou moins opiniâtre. Cependant les forces ne sont que médiocrement abattues, l'aspect extérieur n'a

rien encore de bien remarquable, et l'état de la circulation est normal, ou bien on observe un faible ralentissement du pouls.

Plus tard, les vomissements apparaissent ou deviennent plus fréquents s'ils existaient déjà. Ils ont lieu quelque temps après le repas, assez souvent douze, vingt-quatre, trente-six heures après, ou même plus. La matière des vomissements est formée des boissons, des aliments, de glaires, rarement de bile. L'épigastre devient douloureux; on y sent fréquemment une tumeur caractéristique; parfois l'estomac se dilate, et le ventre prend une forme particulière, due à la saillie de cet organe qui se dessine à travers les parois; l'amaigrissement fait des progrès; la face prend peu à peu une teinte jaunâtre, qui s'étend au reste du corps. Les forces tombent; la langueur, le dépérissement augmentent; le pouls est plus fréquemment encore ralenti. Les extrémités sont froides, et l'œdème survient.

Dans les derniers temps enfin, tous ces symptômes augmentent encore d'intensité; c'est alors surtout que l'on observe les vomissements continuels, ayant lieu sans effort et comme par régurgitation. Les matières vomies sont souvent noirâtres, couleur bistre, etc. Le marasme est rapidement porté au plus haut degré. Le pouls devient petit, faible, quelquefois accéléré pendant l'agonie, mais non avant, à moins de complications. Ces complications se montrent surtout du côté des voies respiratoires, qui ne présentent de symptômes qu'en pareil cas, si ce n'est pendant l'agonie. L'intelligence se perd souvent dans les derniers moments, et les malades succombent épuisés par tant de souffrances. Dans certains cas, une *perforation de l'estomac* vient accélérer la mort.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans le tableau précédent, nous avons tracé à peu près la *marche* du cancer de l'estomac; il nous reste à dire ici que cette marche est assez variable suivant les cas. Chez certains sujets elle est remarquable par sa rapidité, et l'on voit, dès le premier ou dès les deux premiers mois, se montrer tous les principaux symptômes : anorexie, trouble des digestions, vomissements qui deviennent bientôt fréquents. Chez d'autres, au contraire, ce n'est qu'après de longs troubles digestifs sans caractère bien prononcé, que les symptômes caractéristiques surviennent, et ordinairement alors la maladie prend une marche plus aiguë. Si l'on veut avoir la preuve de ce que nous avançons, on la trouve dans les considérations suivantes : tantôt les vomissements ont apparu dès le début, et tantôt ils ne se sont montrés qu'au bout de vingt-deux mois et même de trois ans de maladie; quelques malades ont été obligés de suspendre leur travail, et même de s'aliter au bout de deux ou trois mois, et d'autres seulement au bout d'un espace de temps qui a varié entre huit, dix et vingt mois. On arriverait à des résultats semblables, si l'on étudiait les autres symptômes sous ce point de vue. Chez un petit nombre de sujets, la marche de la maladie est remarquable par ses variations; on voit les principaux symptômes, et surtout les vomissements, se suspendre pendant un temps plus ou moins long, pour revenir plus tard, et se supprimer encore. Un malade eut à faire la traversée d'Alger à Toulon; pendant sa durée, les vomissements, qui avaient lieu tous les jours, se suspendirent, et se reproduisirent dès qu'il fut descendu à terre. C'est là un fait bien remarquable. Au reste, il n'est pas difficile,

même dans les cas où la maladie paraît avoir cette marche variable, de s'assurer qu'elle fait sans cesse des progrès. Il est bien rare, en effet, que l'embonpoint revienne, même à un très faible degré, et l'on voit les malades dépérir sans cesse, jusqu'à ce que de violents symptômes viennent de nouveau hâter les progrès du mal.

Ce que nous venons de dire fait pressentir combien la *durée* de la maladie doit être variable. Le minimum de cette durée (1) a été de quatre mois sur 35 cas dans lesquels on l'a recherchée avec soin, et le maximum de quarante-deux mois ou trois ans et demi. Il est quelquefois très difficile de fixer cette durée d'une manière précise, parce que les souvenirs des malades sont infidèles ; mais dans les cas que nous venons de citer toutes les précautions ont été prises pour arriver à un résultat certain, et du moins ne devons-nous pas douter de la grande variabilité des divers cas de cancer de l'estomac, sous le rapport de la durée. Parmi les sujets dont nous venons de parler, 7 ont été malades pendant plus d'un an, 3 ont succombé un an après le début, et tous les autres (15) au bout d'un temps plus court. Ces faits, auxquels il est à désirer qu'on en ajoute d'autres aussi précis, montrent que, quoique le cancer de l'estomac soit une maladie essentiellement chronique, on ne doit pas néanmoins beaucoup espérer de voir la vie se prolonger au delà d'une année, une fois que les symptômes sont bien prononcés. Quant à la moyenne générale de la durée, elle a été, dans ces cas, de quinze mois et une fraction.

Dans tous les cas dont nous venons de donner l'analyse, la maladie s'est *terminée* par la mort. Faut-il donc regarder le cancer de l'estomac comme une maladie essentiellement mortelle? Plusieurs auteurs pensent le contraire; il en est même qui ont cité quelques faits comme venant à l'appui de leur opinion. Tout récemment encore Barras s'est efforcé de démontrer la curabilité de cette maladie; mais, il faut le dire, les faits cités par cet auteur et par ceux qui l'ont précédé sont bien loin d'être concluants. C'est en pareil cas surtout qu'il devrait rapporter les observations avec le plus grand détail, et celles qu'il a invoquées en faveur de sa manière de voir manquent de tous les caractères propres à entraîner la conviction. Dans un cas, il est dit seulement que Dupuytren reconnut par le toucher un état d'engorgement du pylore : mais on sait combien il est difficile de reconnaître l'état du pylore lorsqu'il n'y a pas de tumeur circonscrite, et rien ne prouve que dans ce cas, qui du reste n'était caractérisé que par des douleurs lancinantes et des vomissements immédiatement après avoir mangé, le pylore présentât réellement une tumeur cancéreuse. Dans un second on trouva une tumeur vers le grand cul-de-sac, ce qui n'est pas le cas ordinaire ; mais en admettant même que cette tumeur appartînt à l'estomac, ce fait ne prouverait rien en faveur de la curabilité, puisqu'il y a eu non pas guérison, mais un simple soulagement qui a bien pu n'être que passager. Quant aux considérations tirées de la guérison d'autres cancers, elles n'ont qu'une valeur secondaire, et demanderaient une discussion à laquelle nous ne pouvons pas nous livrer ici. En somme, il n'est nullement démontré que le cancer de l'estomac se soit jamais terminé par la guérison.

Assez souvent une phlegmasie des voies respiratoires vient, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, hâter la terminaison fatale.

(1) Nous trouvons un cas où la durée est de deux mois seulement ; mais le début ne nous paraît pas suffisamment établi.

### § V. — Lésions anatomiques.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve l'estomac dans un état très différent sous le rapport du volume. Il est ordinairement rétréci à un assez haut degré, et ce rétrécissement porte plus particulièrement sur la région pylorique, qui quelquefois est seule contractée, de telle sorte que l'estomac paraît étranglé entre le cardia et le pylore. Dans d'autres cas, au contraire, il est très considérablement augmenté. Ce sont ces cas que nous avons eu tant de fois occasion de citer et que nous avons décrits sous le nom de *dilatation de l'estomac*; il est inutile d'y revenir ici. Dans un petit nombre (cela n'a été constaté, en effet, que trois fois sur trente-deux sujets), l'estomac se présente avec ses dimensions et sa forme normales.

Si l'on cherche à imprimer des mouvements à cet organe, on s'aperçoit assez fréquemment qu'il a contracté des adhérences avec plusieurs organes voisins. Il en était ainsi dans neuf des cas que nous avons analysés. C'est presque toujours au foie ou au pancréas, souvent aux deux à la fois, que se montrent ces adhérences. Lorsqu'elles unissent l'estomac au foie, c'est au moyen du lobe qui correspond à la partie affectée. Quand les adhérences s'établissent entre l'estomac et le pancréas, elles ont ordinairement lieu entre la paroi postérieure et la glande, immédiatement au-dessous de la petite courbure. Dans un seul cas, l'estomac adhérait au côlon transverse dans un point voisin de la courbure droite de cet intestin. La capsule surrénale droite peut également contracter des adhérences avec l'estomac cancéré.

En outre, le ligament qui unit l'estomac au foie, ou plutôt l'épiploon gastro-hépatique, devient quelquefois cancéreux lui-même, et la mobilité de l'organe est encore plus complétement détruite. Cette dernière circonstance est importante à noter, parce qu'il en résulte des faits que la dilatation de l'estomac n'a jamais coïncidé avec cette altération de l'épiploon gastro-hépatique. L'organe, en pareil cas, était plutôt rétréci, et l'on conçoit facilement qu'il en soit ainsi. Nous avons vu, en effet, que pour que la dilatation fût portée à un degré considérable, il fallait que la petite courbure pût descendre assez bas pour se placer au niveau ou même au-dessous de l'ombilic. Or, lorsque la matière cancéreuse a envahi l'épiploon gastro-hépatique, celui-ci devient dur, inextensible et s'oppose à l'abaissement de l'estomac. Dans un cas de dilatation médiocre, il existait, il est vrai, quelques tumeurs dans l'épaisseur de cet épiploon ; mais ces tumeurs étaient petites, éloignées les unes des autres, et laissaient l'épiploon libre dans son extension.

A l'extérieur, l'estomac présente une dureté qui a son siége principal à la petite courbure, et qui quelquefois se porte jusque vers le grand cul-de-sac, en diminuant toutefois à mesure qu'on s'approche de ce dernier point. Fréquemment on voit la membrane musculaire se dessiner en larges faisceaux au-dessous de la membrane péritonéale ; mais nous n'insisterons pas sur ce point, parce que nous allons retrouver cette membrane dans la description des parties internes de l'estomac.

C'est surtout à l'intérieur que les lésions de cet organe se montrent avec un aspect remarquable. Le siége de ces lésions, dans les 33 cas dont nous avons fait l'analyse, a été constamment le pylore et la petite courbure, ou du moins, si elles ont envahi d'autres points, c'est vers ceux que nous venons d'indiquer qu'elles se sont montrées plus avancées et plus profondes. Dans 19 cas analysés par M. Louis, le siége du cancer a été : le pylore neuf fois; la petite courbure six fois; la grande

courbure près du pylore, une partie de la face antérieure, le tiers moyen et la moitié droite en ont été le siége chacun une seule fois. Quant à nous, nous avons dans l'appréciation précédente réuni le pylore avec la petite courbure, parce qu'il était extrêmement rare que cet orifice fût affecté sans que la lésion s'étendît plus ou moins loin en suivant cette courbure.

Ordinairement lorsque le cancer affecte ce dernier point, il a de la tendance à envahir la partie de la paroi postérieure qui l'avoisine; plus rarement il s'avance sur la paroi antérieure, et quelquefois enfin il contourne entièrement l'estomac. Sans prétendre que ce siége soit toujours celui du cancer de l'estomac, et tout en reconnaissant qu'il y a un petit nombre de cas où la lésion occupe un autre point de l'organe, nous devons faire remarquer cette prédilection extrême pour la petite courbure et le pylore; car c'est là un des plus forts arguments qu'on puisse faire valoir contre ceux qui prétendent que le cancer est une conséquence de l'inflammation. Ce n'est pas, en effet, à la petite courbure, mais vers la grande et vers la tubérosité que se manifeste ordinairement l'inflammation, et quoiqu'on ait dit que l'inflammation a pu se propager à l'aide des vaisseaux lymphatiques, il paraîtra au moins bien surprenant que la lésion cancéreuse respecte toujours, ou presque toujours, le point où elle aurait précisément pris son point de départ.

Si nous examinons maintenant la membrane muqueuse de l'estomac, nous trouvons qu'à une distance voisine du point occupé par le cancer, elle est ordinairement altérée, rouge, violacée, ramollie, mamelonnée, présentant en un mot quelques signes d'une inflammation chronique; mais que, dans un certain nombre de cas aussi, elle est saine jusqu'aux lieux envahis par le cancer, et que par conséquent, si l'on peut dire qu'un certain degré d'inflammation vient, à une époque plus ou moins avancée de la maladie, se joindre à l'affection cancéreuse, ce n'est pas un motif pour en conclure que le cancer est d'origine inflammatoire.

Arrivée au niveau du cancer, la muqueuse se présente sous deux aspects différents. Tantôt, en effet, elle n'offre aucune solution de continuité, tantôt elle est plus ou moins largement ulcérée. Sur 32 cas où l'état de cette membrane a été exactement décrit, neuf fois seulement elle était exempte d'ulcérations. L'altération qu'elle présente, dans ces derniers cas, est très remarquable. Cette membrane est épaissie quelquefois à un degré très considérable, puisqu'on l'a vue présenter trois et quatre fois son épaisseur ordinaire. Elle est presque toujours formée par une substance dure, d'un blanc bleuâtre ou légèrement grisâtre, demi-transparente, luisante à la coupe, quelquefois criant sous le scalpel, et cassante. Parfois on y trouve quelques taches rougeâtres ou rosées, ou seulement jaunâtres, qui semblent indiquer la formation de quelques vaisseaux capillaires. Dans tous les points où la membrane muqueuse offre cette lésion, elle est très adhérente au tissu sous-muqueux, dont il est fort difficile de la séparer.

Dans le plus grand nombre de cas, avons-nous dit, il existe une ulcération. Cette ulcération est très variable en largeur, puisqu'elle peut occuper toute l'étendue de la petite courbure, ou seulement le tiers ou le quart de cette partie. Quelquefois la muqueuse est détruite dans une étendue très considérable : c'est ainsi que, chez un sujet, elle manquait dans les cinq sixièmes de l'estomac; mais, dans ce cas, outre les progrès du cancer, il y a eu un ramollissement inflammatoire ou non, qui. s'étendant au loin, a détruit la muqueuse.

Lorsque cette membrane a été ulcérée uniquement par les progrès du cancer, voici ce que l'on observe : Dès qu'elle arrive au point occupé par la lésion cancéreuse, ou même avant, elle prend l'aspect précédemment décrit; puis, après un trajet plus ou moins long, elle est profondément érodée ou entièrement détruite, et vient se terminer au bord de l'ulcération, soit en s'amincissant, soit, au contraire, en s'épaississant notablement, et en formant, dans ce dernier cas, des bords relevés et saillants. Chez un sujet, il y avait une simple érosion de la muqueuse, qui n'était pas altérée autour. Il semblait qu'elle avait été détruite par une simple usure. Le tissu sous-jacent était néanmoins évidemment cancéreux. Était-il survenu, dans le cours du cancer, une inflammation qui avait déterminé l'ulcération simple de la muqueuse? Parfois aussi la membrane muqueuse forme, au bord de l'ulcération, des espèces de festons, comme si elle avait été déchiquetée plutôt que détruite par un travail organique.

Le tissu sous-muqueux présente des altérations non moins remarquables. Lorsqu'il n'existe pas d'ulcérations, ou dans les points qui n'ont pas été envahis par le travail ulcératif, on le trouve plus ou moins épaissi. Son épaississement peut varier en effet de 0$^{m}$,002 à 0$^{m}$,013 ou 0$^{m}$,014. Il est ferme ordinairement. Dans un cas cependant il était mou, mais dans plusieurs autres il était remarquable par sa consistance, portée au point de le rendre cassant, et chez un sujet il avait une dureté presque cartilagineuse. C'est dans les cas de ce genre que le tissu cancéreux crie sous le scalpel, et qu'on a admis l'existence d'un squirrhe.

Ce tissu ainsi modifié est, ainsi que nous l'avons dit plus haut, dans presque tous les cas, adhérent à la muqueuse, de telle sorte que celle-ci s'en détache très difficilement. Une fois cependant il était un peu mobile, mais alors la muqueuse ne participait que faiblement à l'altération. La couleur de ce tissu est variable : ordinairement blanc, il est quelquefois blanc grisâtre, rosé, jaunâtre, d'un blanc de lait, ou enfin bleuâtre. Dans un certain nombre de cas, ces diverses colorations se trouvent réunies en plus ou moins grand nombre, de telle sorte que le tissu est tacheté. Souvent il présente une coupe brillante remarquable, et quelquefois il est parsemé de taches d'une couleur mate, ressortant sur le fond brillant. Dans 2 cas dont nous avons l'observation sous les yeux, le tissu était ferme, brillant, cassant dans la moitié de son épaisseur, tandis que dans le point où il se réunissait avec la musculeuse, il redevenait souple et se rapprochait de l'état naturel. Nous aurons à revenir sur ce fait important.

C'est en vain qu'on cherche dans le tissu ainsi altéré des traces de structure : il devient presque toujours plus ou moins parfaitement homogène, et dans les cas où il ne l'est pas, c'est que l'altération qui vient d'être décrite ne l'a envahi que par plaques. Mais ce qu'il y a surtout de digne d'attention, ce sont les cloisons qu'il envoie dans l'épaisseur de la membrane musculeuse qu'elles pénètrent perpendiculairement. Ces cloisons rapprochées, plus ou moins symétriquement arrangées, forment parfois des espèces de compartiments dans lesquels est logé le tissu musculaire, qui, en pareil cas, est toujours notablement altéré. Elles sont blanches, résistantes, semblables à du tissu cellulaire plus ou moins induré, elles vont se fixer jusque sur la tunique péritonéale. Lorsqu'on fait une coupe perpendiculaire à la paroi de l'estomac, on voit ces cloisons se détacher d'une manière distincte du tissu sous-muqueux. Parfois on trouve ce tissu infiltré de sérosité plus ou moins louche et même

purulente; c'est ce qui avait lieu chez un des sujets dont nous avons rassemblé les observations.

Dans les points occupés par une ulcération, le tissu sous-muqueux peut n'être érodé que dans une petite profondeur. Il se montre alors au-dessous, blanc ou blanc grisâtre, ou opaque. Quelquefois il est converti, dans une plus ou moins grande étendue en un détritus grisâtre ou livide formant des filaments encore adhérents, qui nagent dans l'eau versée sur l'ulcération. Enfin, dans un bon nombre de cas, l'ulcération l'a envahi tout entier, et la membrane musculeuse reste à nu.

Celle-ci offre des altérations qui ont été déjà décrites par M. Louis, et sur lesquelles nous devons dire un mot, parce que les faits que nous avons pu consulter présentent quelques particularités remarquables. La tunique musculeuse est toujours hypertrophiée dans une plus ou moins grande étendue, à moins que le cancer ne soit très superficiel, comme cela avait lieu chez un sujet dont la membrane muqueuse était seule dégénérée. Son épaisseur varie de 2 à 5 ou 6 millimètres. Elle est surtout considérable dans le point occupé par le cancer, où les fibres viennent presque toujours se confondre dans un tissu homogène et sans structure, présentant, sous le rapport de la consistance, de la couleur, de l'homogénéité et de l'aspect brillant, les mêmes caractères que nous avons trouvés dans le tissu précédent. Dans quelques cas cependant, les fibres musculaires sont encore visibles dans le point occupé par le cancer, mais elles offrent d'une manière évidente la dégénérescence dont nous venons de parler.

Si l'on examine la tunique musculeuse en s'éloignant du centre de l'altération, on voit qu'au pourtour sa dégénérescence cesse presque toujours d'une manière brusque, et qu'il ne reste plus dans ses fibres qu'une hypertrophie simple. Dans quelques cas, on l'a vue homogène et opaque au centre du tissu altéré, présentant des fibres distinctes avec une coloration gris bleuâtre à la circonférence, et reprenant ses caractères normaux immédiatement au delà.

Lorsqu'il existe une ulcération, voici ce qui se passe du côté de la membrane musculeuse. Parfois elle est détruite dans toute son épaisseur ou dans une partie seulement; parfois aussi elle est seulement mise à nu. Dans l'un et l'autre cas, en se rapprochant du centre de l'ulcération, les fibres se confondent et deviennent d'un blanc opaque; mais de plus, dans le premier, la membrane musculeuse est tout à coup coupée d'une manière plus ou moins régulière, et l'on n'en trouve plus de traces dans le tissu altéré qui forme le fond de l'ulcération. Dans un cas, les choses se passaient d'une manière très remarquable, puisque les fibres musculaires étaient parfaitement visibles partout, et que seulement en arrivant aux limites de l'altération cancéreuse, elles changeaient subitement de nature, de telle sorte qu'avant d'y pénétrer, elles avaient tous leurs caractères normaux, et qu'immédiatement après elles devenaient blanches, brillantes, cassantes, présentaient, en un mot, cette transformation de tissu déjà indiquée à propos de la muqueuse et du tissu sous-muqueux. Dans un autre, la couleur de la membrane musculeuse, au lieu d'être blanche, bleuâtre ou grisâtre, était pelure d'oignon. Nous avons vu dernièrement un cas tout semblable.

Au delà de la lésion, la membrane musculeuse, tout en reprenant son état normal sous le rapport de la souplesse, de la couleur et de la structure, conserve un

épaississement considérable dans une plus ou moins grande étendue de l'estomac. Les fibres sont grosses et forment des faisceaux extrêmement distincts, que l'on voit se dessiner sous la muqueuse, mais plus encore, comme nous l'avons déjà dit, sous la membrane péritonéale. Quelquefois cet épaississement occupe toute l'étendue de l'estomac ; mais plus souvent il va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la lésion, et finit par disparaître vers le grand cul-de-sac.

L'hypertrophie de la membrane musculeuse tient sans doute en grande partie à l'arrêt des matières qui a eu lieu pendant plus ou moins longtemps au pylore, et aux efforts répétés de vomissements ; mais cette cause n'est évidemment pas la seule ; car dans des cas où son influence devait se faire médiocrement sentir, on a vu la musculeuse notablement épaissie, et, d'un autre côté, c'est dans les points occupés par la lésion et où le travail du cancer a eu lieu, que cette hypertrophie est le plus prononcée.

Ce n'est pas seulement dans les parois de l'estomac que ces lésions de la membrane musculeuse se présentent. Toutes les fois que le cancer est voisin du cardia, et à plus forte raison quand cet orifice est envahi, la membrane musculeuse de l'œsophage participe aux lésions et à l'hypertrophie de celle de l'estomac, et souvent même dans une hauteur considérable.

Dans le plus grand nombre des cas, il existe une tumeur formée par l'épaississement des tissus muqueux, sous-muqueux et musculaire ; que cette tumeur, variable quant à l'épaisseur, occupant la petite courbure ou son voisinage, se rapprochant du pylore ou plus rarement du cardia, a occasionné la dureté sentie pendant la vie. Nous voyons aussi que l'ulcération finit par s'emparer de ces tissus, en commençant par la muqueuse, qui peut être détruite seule, et laisser à nu le tissu sous-muqueux plus ou moins altéré. Plus tard, ce tissu sous-muqueux est lui-même érodé, puis entièrement détruit, et enfin la membrane musculeuse finit par participer à cette destruction, de telle sorte que la péritonéale reste seule.

La membrane musculeuse est toujours moins largement détruite que les parties qui la recouvrent, de telle sorte que l'ulcération devient de moins en moins large à mesure qu'on se rapproche du centre. Nous avons vu, à l'article *Perforation de l'estomac*, ce qui advenait lorsque la membrane péritonéale finissait par être détruite elle-même, et comment les choses se passaient, suivant qu'un organe voisin bouchait ou non l'ouverture accidentelle. Il est inutile d'y revenir ici.

Dans certains cas, l'hypertrophie est disposée de telle sorte qu'il n'y a pas de tumeur. L'épaississement est pour ainsi dire étendu en nappe. La muqueuse, le tissu sous-muqueux et la membrane musculeuse forment trois couches épaisses et fermes, qui, partant de la portion pylorique, vont en s'amincissant vers le grand cul-de-sac. L'organe présente alors des parois dures, qui ne s'affaissent pas de manière à se mettre en contact quand même il est vide, et qui conservent jusqu'à un certain point leur courbure lorsqu'on les a divisées.

Après cette description, il est facile de comprendre les diverses variétés du cancer que l'on trouve dans l'estomac. Nous avons vu le tissu prendre un aspect rougeâtre par places, devenir d'un blanc mat, se ramollir ; or, dans les cas où cette dégénération envahit une grande étendue, on dit qu'il y a *cancer encéphaloïde* ou *cérébriforme*. Nous avons vu aussi une petite quantité de liquide s'échapper du tissu sous-muqueux. Lorsque ce liquide est abondant, qu'il a une apparence géla-

tineuse, qu'il est contenu dans les aréoles, on désigne le cancer sous les noms de *cancer gélatiniforme*, *colloïde*. M. Vernois (1) a observé un cas très remarquable de cette dernière espèce. Enfin, si la tuméfaction est irrégulière, molle, semblable à de grosses végétations, on donne à la maladie le nom de *fongus*, *champignons cancéreux*. Sans nier absolument que ces diverses variétés puissent se produire d'emblée, nous dirons que, dans tous les cas bien observés dont nous avons fait l'analyse, les choses se sont passées comme nous venons de l'exposer; que les faits opposés sont au moins très rares, et que par conséquent ces formes particulières ne paraissent pas avoir une très grande importance. Ce qu'il y a surtout de digne de remarque, c'est la dégénération des divers tissus en une substance homogène, sans structure distincte, et leur envahissement de proche en proche. Voyons donc comment les choses se passent d'après les faits que nous avons analysés.

Lorsqu'il n'existe pas d'ulcération, c'est dans le centre du cancer que le tissu commence à présenter l'aspect blanc mat et quelques points moins durs; au pourtour, on trouve encore presque toujours un tissu blanc bleuâtre, brillant, cassant, parfois demi-transparent. Si le cancer est très peu avancé, s'il n'envahit qu'une seule tunique, la muqueuse, par exemple, comme cela a été observé dans un cas, ces derniers caractères existent seuls. Lorsque l'ulcération a envahi les parties, c'est à son centre qu'on observe la couleur mate, les ramollissements, l'aspect rosé, etc., et à son pourtour encore on peut voir les tissus particuliers dont nous venons de parler. Tout paraît donc se réunir pour nous prouver que, primitivement, les tissus affectés de cancer se transforment en cette matière bleuâtre, cassante, brillante et demi-transparente; que ce n'est qu'à une époque plus avancée qu'ils présentent l'aspect de tissus ramollis, fongueux, etc.; et qu'il se passe quelque chose de semblable à ce que nous avons noté dans la transformation tuberculeuse. On citera peut-être quelques exceptions, mais on ne peut nier, d'après les faits précédents, que ce ne soit là la règle, et voilà encore un argument contre ceux qui attribuent la dégénérescence cancéreuse à une inflammation de longue durée.

Quant au point précis par lequel commence cette dégénération, nous le trouvons le plus souvent dans la muqueuse, que nous avons vue exclusivement affectée chez un sujet, et qui est la première envahie par l'ulcération. Mais il n'en est pas toujours ainsi; car chez un autre sujet, la muqueuse a été trouvée parfaitement saine, tandis qu'au-dessous la surface seule du tissu sous-muqueux était altérée. Dans ce dernier cas, il est évident que le point de départ n'avait pu être dans la muqueuse. Quelques auteurs, il est vrai, et en particulier M. Andral, pensent que la membrane muqueuse a pu présenter, à une certaine époque, une altération qui a ensuite disparu. Mais chez le sujet dont il s'agit, la maladie était encore commençante : la muqueuse n'avait évidemment pas eu le temps de revenir à son état normal, et l'on aurait nécessairement trouvé, si cette opinion était fondée, quelques traces d'inflammation, ne fût-ce que dans la coloration du tissu.

Quant aux matières contenues dans l'estomac, elles varient suivant les individus. Ordinairement abondantes chez ceux qui ont une dilatation de l'estomac, elles peuvent ne consister, chez les autres, qu'en une petite quantité de mucosité. On trouve très fréquemment un liquide épais, noirâtre, semblable à de la suie délayée.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1835.

u marc de café, ou brunâtre comme du chocolat, tel enfin que nous l'avons vu ıs la matière des vomissements. Quelquefois les mucosités sont très épaisses et se achent assez difficilement de la surface de la muqueuse. Dans un cas dont nous ›ns l'observation sous les yeux, il y avait une médiocre quantité de matière ire, liquide, au milieu de laquelle on trouvait des fragments noirâtres solides, se luisant facilement en bouillie, et présentant assez bien l'aspect de la truffe. Cette tière se rapproche beaucoup, comme on le voit, de la mélanose que l'on serve dans les divers tissus, et ce fait vient à l'appui de l'opinion de ceux qui gardent la mélanose comme formée par du sang altéré. Il est plus rare de rentrer dans l'estomac de véritables caillots ; c'est cependant ce qui a lieu quelques, alors même que pendant la vie il n'y a point eu d'hématémèse proprement e. S'il y a eu gastrorrhagie, les caillots peuvent être énormes.

On constate assez souvent la dégénérescence cancéreuse des organes voisins, du e en particulier, qui forme le fond des ulcérations, ou qui, restant parfaitement re, présente des plaques de matière cancéreuse ; celle du pancréas, de la caple surrénale droite, des parois du côlon, quelquefois des veines elles-mêmes, mme M. Pressat (1) en a rapporté un exemple remarquable ; la dégénérescence l'épiploon gastro-hépatique, dont nous avons déjà parlé ; des cancers dans d'aus organes, dans l'utérus en particulier ; enfin, dans quelques cas, une perforan de l'estomac faisant communiquer la cavité de cet organe avec le péritoine ou côlon transverse, et que M. Rokitansky a rangée parmi les ulcères perforants de stomac (2). Voilà les lésions qui se rapportent le plus directement au cancer.

Viennent ensuite l'œdème et les accumulations de sérosité dans l'abdomen, les ›erses phlegmasies des voies respiratoires, que nous avons déjà indiquées, et les bercules qui ont coïncidé avec le cancer chez un petit nombre de sujets. Quant x autres organes, ils sont presque toujours émaciés à un haut degré ; c'est ce e l'on observe surtout dans le cœur, dont le volume est parfois diminué presque moitié, et qui est toujours ferme et pâle. Je rapprocherai ici des lésions du cancer lles que M. Bruch (3) a trouvées dans l'*hypertrophie simple de l'estomac*, c'est-lire celle qui est indépendante de l'affection cancéreuse. Ce médecin établit tre ces deux lésions les différences suivantes :

L'hypertrophie simple se montre sous l'aspect d'un épaississement graduel plus ı moins uniforme des parois qui constituent cet organe ; le cancer présente la rme d'une tumeur habituellement saillante couverte de bosselures ou de tuberles avec destruction de la structure normale des tissus.

L'hypertrophie est caractérisée par un épaississement graduel des membranes, ıi augmente à mesure que l'on s'approche du pylore, tandis que le cancer peut cuper un point quelconque de l'estomac et s'accompagne toujours de l'altération rtielle des membranes.

Dans l'hypertrophie, il n'y a souvent qu'une seule tunique, la tunique musıleuse, qui est affectée ; dans le cancer, il arrive très souvent que plusieurs memanes sont transformées en dégénérescence commune.

Lors même que plusieurs membranes sont hypertrophiées, on les reconnaît tou-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1836.
(2) Voy. *Perforation de l'estomac*.
(3) *Zeitschrift für ration. Med.*, Bd. VIII, et *Archives gén. de méd.*, mai 1850.

jours à leur superposition, tandis que dans le cancer, tantôt une membrane, tantôt plusieurs, sont tout à fait méconnaissables.

Quand la division de la tunique musculeuse en compartiments existe dans le cancer, elle dénote en même temps une hypertrophie de cette tunique.

Dans l'hypertrophie, les tuniques sont en général séparables les unes des autres; dans le cancer, elles sont fondues dans l'altération commune.

Le rétrécissement accompagne habituellement l'hypertrophie; la dilatation est fréquente dans le cancer, surtout dans celui du pylore.

L'hypertrophie peut précéder le cancer, coexister avec ou survenir secondairement à cette affection.

Ordinairement saine dans le cancer, la muqueuse gastrique est le plus souvent altérée en totalité ou en grande partie dans l'hypertrophie.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

Il faut d'abord distinguer le cancer commençant du cancer arrivé à une époque assez avancée. Les difficultés sont en effet très différentes dans les deux cas.

C'est *dans les cas de cancer commençant*, ou ayant fait encore peu de progrès, qu'on est le plus exposé à l'erreur. Cependant il y a encore un certain ensemble de signes qui doivent guider le médecin. Peut-on confondre cette affection avec la *gastrite aiguë?* Nous avons vu dans l'étude des symptômes qu'un petit nombre de cas de cancer sont remarquables par leur invasion rapide, et qu'en peu de temps des douleurs épigastriques, des vomissements fréquents peuvent se manifester; mais d'abord dans le cancer, quelle que soit la rapidité de son début, il n'existe pas de mouvement fébrile prononcé, et en second lieu ce ne sont pas des vomissements bilieux qu'on observe, mais bien des vomissements d'aliments et de boissons, des régurgitations aigres, des rejets de mucosités, et ces signes sont suffisants pour faire éviter l'erreur; d'ailleurs, la facilité avec laquelle la gastrite aiguë simple cède au traitement approprié, tandis que les symptômes du cancer persistent et augmentent, ne tarde pas à lever tous les doutes. Quant à la gastrite aiguë qui survient comme complication d'une autre affection, cette circonstance même vient en aide au diagnostic, surtout si on la joint aux autres signes que nous venons de mentionner.

Le diagnostic entre le cancer et la *gastrite chronique* est plus difficile au début des deux maladies. Cependant rappelons-nous que celle-ci, plus encore que la gastrite aiguë, survient comme complication d'une autre affection, et en particulier d'une affection chronique; que les vomissements bilieux, quoique moins constants, la caractérisent dans le plus grand nombre des cas; que déjà, à son début, elle se présente avec un appareil de symptômes assez graves, puisqu'on trouve de la fièvre, des nausées, des vomissements, une anorexie plus ou moins complète, et surtout des douleurs à l'épigastre, qui ne se manifestent dans le cancer qu'à une époque plus avancée de la maladie. Cependant il faut dire que, dans des cas exceptionnels déjà mentionnés à l'article *Gastrite chronique simple*, ces symptômes sont beaucoup moins marqués; que même la maladie peut être latente; et reconnaissons que, dans quelques cas, il faut, dans l'état actuel de la science, renoncer à un diagnostic précis. Mais remarquons aussi que ces cas sont extrêmement rares et ne méritent par conséquent pas toute l'importance qu'on leur a donnée.

C'est encore par la violence plus grande des symptômes au début, que la *gastrite ulcéreuse simple* se distingue du cancer de l'estomac à cette époque de la maladie. Cependant il y a encore beaucoup à faire pour donner à ce diagnostic la précision désirable : cela tient surtout à ce que les auteurs qui se sont occupés de l'ulcère simple de l'estomac ont rangé parmi les cas de cette affection des ulcères dont la nature était au moins fort douteuse ; de telle sorte que les symptômes qu'ils ont attribués à la gastrite ulcéreuse simple n'ont pas toute la valeur désirable. Dans deux cas que j'ai sous les yeux, et dont un surtout ne laisse pas de doute sur la simplicité des ulcérations, la maladie débuta par des coliques vives, et il y eut plus tard des vomissements que provoquait la moindre ingestion des aliments. Au reste, nous ne croyons pas, avec les éléments insuffisants que nous avons, devoir insister sur ce diagnostic, qui demande de nouvelles recherches.

Reste maintenant la *gastralgie*, avec laquelle on peut très facilement, dans quelques cas, confondre le cancer de l'estomac ; mais ce diagnostic trouvera mieux sa place dans l'article suivant, après la description des symptômes de cette dernière maladie.

Lorsque le *cancer est arrivé à une époque plus avancée*, le diagnostic devient beaucoup plus facile. Il ne peut plus, en effet, être question de la gastrite aiguë ; et quant à la *gastrite chronique simple*, voici ce qui sert à la distinguer de l'affection qui nous occupe. Dans la gastrite chronique simple, on n'observe pas les vomissements noirs, bistres, couleur de suie ou chocolat que nous avons trouvés dans le cancer de l'estomac. M. Andral, il est vrai, dit les avoir notés dans quelques cas où il n'a trouvé que de l'inflammation chronique ; mais il nous apprend lui-même que presque toujours alors les lésions consistaient dans une hypertrophie avec dégénérescence particulière, et nous savons que pour lui ces altérations, qui sont évidemment cancéreuses, ne constituent qu'une forme anatomique de la gastrite chronique. Dans le cancer de l'estomac, les vomissements ont cela de remarquable, qu'avant les derniers temps de la maladie, où ils peuvent devenir incessants, ils se manifestent surtout un certain temps après que les aliments ont été pris, et ce sont parfois les aliments de la veille ou même de l'avant-veille qui sont rejetés. Nous n'avons rien trouvé de semblable dans la gastrite chronique simple. Les signes de cachexie cancéreuse qui, ainsi que nous l'avons vu plus haut, se montrent à une époque peu avancée du squirrhe du pylore, peuvent encore servir à mettre sur la voie. Enfin on peut aussi, à cette époque, comparer les circonstances du début et lever ainsi toutes les difficultés.

Les divers diagnostics que je viens d'indiquer n'ont de l'importance que dans les cas où il n'existe à l'épigastre ni dureté marquée, ni tumeur, et où l'estomac n'a pas subi cette dilatation remarquable désignée sous le nom d'*ampliation morbide*. Lorsque, en effet, ces signes se manifestent, on ne peut plus croire à l'existence d'une *gastrite chronique simple*, et tout porte à admettre l'existence d'un cancer de l'estomac. Cependant, relativement à l'ampliation morbide (1), il ne faut pas oublier qu'on peut rencontrer cet état de l'organe, alors même qu'il n'existe pas de cancer. C'est alors un diagnostic nouveau à porter, et ce diagnostic se fonde sur une circonstance bien simple. Les faits nous ont appris que pour que

(1) Voy. l'article *Dilatation de l'estomac*, page 874.

la dilatation eût lieu à un degré considérable, et que l'estomac fût porté jusque vers le bassin, il fallait que la petite courbure pût descendre au niveau ou au-dessous de l'ombilic ; or, en pareil cas, la tumeur circonscrite, la dureté, la rénitence qui ont leur siége dans ce point de l'estomac, viennent pour ainsi dire s'offrir d'elles-mêmes à l'exploration, et l'on peut facilement constater l'existence de la lésion organique. Ce qui prouve qu'il en est réellement ainsi, c'est que, dans tous les cas où les choses étaient en cet état, le diagnostic a été porté d'une manière précise.

Il existe parfois, dans le cancer de l'estomac, des *vomissements de sang*, et quoique nous ayons admis que la matière brune, marc de café, etc., qui se montre dans un assez grand nombre de cas, est constituée par du sang altéré, il ne faut pas confondre ces vomissements avec ceux où du sang pur est rejeté soit à l'état liquide, soit en caillots. Les premiers ne constituent jamais, en effet, la matière d'une véritable gastrorrhagie telle qu'elle a été décrite plus haut. On peut donc se demander si lorsque du sang pur est rejeté, il est possible de s'assurer que l'hémorrhagie est due à un cancer et n'est pas occasionnée par une exhalation sanguine; c'est ce que nous avons déjà fait à l'article *Gastrorrhagie*, auquel nous renvoyons le lecteur, nous contentant de reproduire ici le diagnostic dans le tableau synoptique.

Rappelons-nous enfin que le *cancer peut être latent* pendant un temps fort long, ainsi que la plupart des cancers des autres organes, afin qu'on ne soit pas surpris de voir, dans quelques cas, la maladie débuter en apparence à une époque très rapprochée de la mort.

## TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

### 1° *Signes distinctifs du cancer commençant avec invasion rapide, et de la gastrite aiguë.*

| CANCER COMMENÇANT. | GASTRITE AIGUE. |
|---|---|
| *Troubles notables* de la digestion. | *On ne peut, en général, constater les troubles de la digestion*, parce que les malades se soumettent à la diète. |
| *Point de vomissement de bile.* | *Vomissements bilieux* répétés. |
| Rejet des *aliments*, des boissons. | Vomissement des boissons, mais non des *aliments*, les malades n'en prenant pas. |
| *Régurgitations aigres*, glaireuses. | Pas de régurgitations aigres; mucosités seulement. |
| *Pas de mouvement fébrile* prononcé. | *Mouvement fébrile* plus ou moins marqué. |

### 2° *Signes distinctifs du cancer commençant et de la gastrite chronique.*

| CANCER COMMENÇANT. | GASTRITE CHRONIQUE. |
|---|---|
| Il ne se développe *pas sous l'influence d'une autre affection.* | Vient presque toujours *compliquer une autre affection* chronique. |
| *Pas de vomissements bilieux*, si ce n'est accidentellement. | Fréquemment *vomissements bilieux* répétés. |
| Vomissement des aliments pris *depuis un temps assez long.* | Vomissement des aliments *peu après le repas* : souvent les malades se soumettent à la diète. |

| | |
|---|---|
| *Pesanteur à l'épigastre* plutôt que véritable douleur. | Ordinairement *douleur plus ou moins vive* à l'épigastre dès le début. |
| *Pas de mouvement fébrile* prononcé. | *Fièvre marquée*, mais qu'il est difficile de distinguer du mouvement fébrile dû à la maladie principale. |

Nous ne croyons pas devoir présenter en tableau le diagnostic du cancer de l'estomac et de l'*ulcère simple*, les incertitudes qui règnent sur ce point ne permettant pas de s'exprimer avec une rigueur suffisante.

### 3° *Signes distinctifs du cancer à une époque avancée, et de la gastrite chronique.*

| CANCER A UNE ÉPOQUE AVANCÉE. | GASTRITE CHRONIQUE. |
|---|---|
| Vomissements *noirâtres*, marc de café, etc. | Vomissements *bilieux* ou de *matières alimentaires*. |
| Signes de *cachexie cancéreuse*. | *Pas de signes de cachexie cancéreuse*; simple amaigrissement. |
| *Tumeur*, rénitence à l'épigastre. | *Ni tumeur*, *ni rénitence* à la région épigastrique. |
| *Ampliation morbide* de l'estomac. | Estomac *contracté plutôt que dilaté*. |
| Commémoratifs : *Circonstances du début* indiquées plus haut. | Commémoratifs : *Circonstances du début* indiquées plus haut. |

### 4° *Signes distinctifs du cancer de l'estomac et de l'hypertrophie simple de cet organe* (d'après M. Bruch) (1).

| CANCER. | HYPERTROPHIE SIMPLE. |
|---|---|
| Tumeur *bosselée* sensible à la pression, bien circonscrite, ayant son siége à l'épigastre. | Résistance et tuméfaction *diffuse* à la région épigastrique. |
| *Déplacement* de l'estomac avec induration. | Ce signe n'existe pas. |
| Sonorité *diffuse et inconstante* à la percussion. | Sonorité *limitée et permanente* à la percussion. |
| Vomissements à des époques définies, surtout *plusieurs heures après* le repas. | Vomissements à jeun ou *immédiatement après* les repas. |
| Durée moyenne de *deux ans*, etc. | *Durée* longue. |

[La maladie avec laquelle il convient surtout de comparer le cancer de l'estomac est l'ulcère simple de cet organe. Rien n'est plus facile que la confusion entre ces deux maladies; ce qui le prouve le mieux, c'est que l'ulcère simple est bien connu depuis peu, ayant été jusqu'à nos jours à peine distingué du cancer. Un auteur, auquel nous avons emprunté en partie la description de l'*ulcère simple de l'estomac* (voy. cet article), le docteur Brinton, indique les signes suivants comme devant servir à distinguer l'une de l'autre les deux maladies. En général, les symptômes du cancer de l'estomac n'apparaissent qu'à une époque relativement avancée de la maladie, alors que la tumeur existe et peut être sentie par le palper. Avant cette époque, il n'existe que peu de douleur, ou bien il y a une douleur *lancinante*, qui apparaît plutôt à la fin de la digestion qu'au moment où les aliments viennent

(1) *Zeitschrift für ration. Med.*, Bd. VIII, et *Archives générales de médecine*, mai 1850.

d'être ingérés. La matière des vomissements peut éclairer le diagnostic, parce qu'elle contient souvent des éléments épithéliaux déformés, de ceux que l'on a appelés cellules cancéreuses. L'hémorrhagie, dans le cas de cancer de l'estomac, est rarement excessive, et apparaît surtout dans les derniers temps, alors que l'ulcération s'est formée. Enfin, la durée différente des deux maladies, l'âge du malade, son aspect cachectique, sont des données qui aident au diagnostic.]

*Pronostic.* — Ce que nous avons dit plus haut de la terminaison constamment funeste du cancer de l'estomac semble nous dispenser de parler du pronostic. Mais sans revenir sur cette proposition générale, et en admettant que la maladie est nécessairement mortelle, on peut rechercher s'il est quelques signes qui annoncent une terminaison promptement funeste. Lorsque les vomissements se produisent tous les jours, et à plus forte raison plusieurs fois par jour, lorsque les douleurs épigastriques deviennent très vives, lorsqu'il survient un œdème des extrémités et surtout du tronc, on doit s'attendre à une mort prochaine. Les vomissements noirs annoncent également que la mort est peu éloignée; car ce n'est qu'après une grande durée de la maladie que nous les avons vus apparaître.

## § VII. — Traitement.

Il n'est pas inutile de connaître les moyens qui ont été mis en usage; car s'ils n'ont pas sur la maladie une influence curative évidente, ils peuvent être employés comme palliatifs, et dans ces maladies douloureuses et de longue durée, on sait combien il est important de savoir comment on peut rendre supportable l'état des malades. Exposons les diverses médications mises en usage, et apprécions-en, chemin faisant, la valeur.

*Émissions sanguines, émollients, diète.* — L'expérience a prouvé que les *sangsues* appliquées au creux de l'épigastre, la *saignée*, les *boissons émollientes*, n'ont pas eu les heureux résultats qu'on en attendait. Il est rare que les émissions sanguines soient utiles comme palliatifs, et le dépérissement, l'état de cachexie des malades forcent bientôt à y renoncer. Quant aux simples émollients, ils peuvent, dans les premiers temps, paraître avoir quelques effets avantageux, puisqu'on les associe à une diète plus ou moins rigoureuse, et que les symptômes consistent principalement alors dans des troubles plus ou moins marqués de la digestion; mais ce dépérissement dont nous parlions tout à l'heure oblige bientôt le médecin à se relâcher de cette diète sévère, qui n'empêche pas d'ailleurs la maladie de faire des progrès. Nous verrons, au reste, à l'article *Régime*, comment il faut diriger l'alimentation.

*Traitement curatif.* — Presque tous les autres auteurs ont cherché dans la matière médicale un assez grand nombre de remèdes qu'ils ont regardés comme spécifiques. On a surtout vanté les narcotiques, que nous allons passer rapidement en revue.

*Narcotiques.* — En première ligne il faut placer la *ciguë*, qui a joui d'une si grande réputation, surtout depuis que Stoerk (1) l'a préconisée comme un spécifique dans le traitement du cancer. La plupart des auteurs qui se sont occupés de

(1) *Tractatus quo demonstratur cicuta non solum usu inter.*, etc. Vienne, 1760.

ce traitement ont eu recours à cette substance. Récamier (1) pense que son emploi, joint à une *diète assez sévère*, est une des meilleures médications qu'on puisse mettre en usage. Prus (2) a cru mettre hors de doute l'action de cette substance, en citant un fait dans lequel des troubles digestifs ont cédé à son administration; mais ce fait est celui qui a été rapporté par Barras, et que nous avons vu plus haut manquer des détails nécessaires pour inspirer la confiance. D'un autre côté, J. Frank affirme qu'il a mis en usage ce moyen un très grand nombre de fois sans un grand succès, et il n'est pas de médecin à qui il n'en soit arrivé autant. En somme, si la ciguë a, comme sédatif, une certaine influence sur les symptômes du cancer, rien ne prouve qu'elle ait une action réellement curative.

C'est sous forme d'extrait et en pilules qu'on administre ordinairement ce médicament. On peut mettre en usage la formule suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Extrait de ciguë....... | 4 gram. | Poudre de ciguë............. | Q. s. |

Faites des pilules d'un décigramme. Dose : d'abord deux par jour ; augmentez ensuite graduellement la dose jusqu'à vingt ou trente.

Quelquefois on a porté ce médicament à une dose beaucoup plus élevée.

En même temps on peut appliquer sur l'épigastre soit un *cataplasme*, soit, ce que l'on fait bien plus souvent, un *emplâtre de ciguë*. Le cataplasme se fait tout simplement de la manière suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Poudre de ciguë......... | 60 gram. | Eau bouillante................. | Q. s. |
| Farine de lin............ | Q. s. | | |

Quant à l'emplâtre, voici celui qui est principalement recommandé, et dont la formule appartient à Planche :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ℞ Élémi................ | 2 parties | Cire blanche.............. | 1 partie. |

Ajoutez au mélange fondu :

Extrait alcoolique de ciguë...................... 9 parties.

Mêlez.

On peut varier presque à l'infini les préparations de ciguë; l'essentiel est de les porter rapidement à une assez haute dose, tout en surveillant les accidents qui pourraient survenir.

La *belladone* a été aussi vivement recommandée. Bayer (3) affirme avoir guéri par ce moyen de véritables squirrhes. Il est vrai que ces affections avaient pour siége la matrice ; mais nous avons vu plus haut qu'on ne regardait pas les médicaments dirigés contre les cancers comme propres à une de ces affections plutôt qu'à une autre. D'ailleurs plusieurs autres auteurs, parmi lesquels il faut citer principalement Hufeland et Hennemann (4), ont préconisé ce moyen, que toutefois ils

(1) *Recherches sur le traitement du cancer*, t. I.
(2) *Recherches nouvelles sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac*. In-8, Paris, 1828.
(3) *Horn's Archiv.*, 1820-1821.
(4) *Beitr. Mecklen. Ærzt. zur Medic. und Chir.* Rostock, 1830, t. I.

n'ont pas employé seul. Les pilules données par Bayer étaient les suivantes :

℞ Extrait de belladone........................ 2 gram.

Faites des pilules de 5 centigrammes. Roulez-les dans la poudre de belladone. Dose : une toutes les trois heures.

Cette dose est beaucoup trop considérable ; il faut commencer par une bien plus faible, si l'on veut éviter les accidents.

Les réflexions faites à l'occasion des narcotiques précédents s'appliquent aux médicaments du même genre préconisés par plusieurs auteurs : à la *jusquiame*, à la *morelle*, à l'*aconit*, à l'aide duquel Paul d'Yvoire, cité par Barras, prétend avoir guéri deux cancers de l'estomac. Ces médicaments ont pu calmer des douleurs plus ou moins vives, soulager les malades dans les cas de cancer, faire cesser la maladie dans les cas de simple gastralgie ; mais les faits qu'on a rapportés pour prouver leur action curative dans le cancer n'ont aucune valeur.

*Antispasmodiques.* — L'*eau de laurier-cerise* recommandée par Janin, l'*asa fœtida* employé par plusieurs auteurs, et entre autres par Prus, la *valériane*, les *pilules de Méglin*, l'*éther*, le *castoréum*, le *musc*, sont les principaux médicaments de ce genre qu'on ait mis en usage. On peut admettre, comme pour les précédents, qu'ils ont eu parfois des effets avantageux sur quelques symptômes, et en particulier sur les douleurs épigastriques et sur les vomissements ; mais encore ici il faut le dire, il n'est pas un seul fait qui démontre qu'ils aient guéri le cancer, et même qu'ils l'aient arrêté dans sa marche. Janin, qui avait recours à l'huile essentielle de laurier-cerise, n'avait d'autre intention que de diminuer les douleurs lancinantes. Il employait cette substance soit sous forme d'onguent, ainsi qu'il suit :

℞ Onguent rosat............ 15 gram. | Huile essentielle de laurier-cerise. 2 gram.

soit sous la forme du liniment suivant :

℞ Huile d'amandes douces... 45 gram. | Huile essentielle de laurier-cerise. 15 gram.

Les pilules de Méglin doivent être administrées à la dose croissante d'une à huit ou dix par jour. C'est ainsi que les prescrivent Bayle et M. Cayol (1), qui ont un certain degré de confiance en elles.

*Fondants.* — Dans une affection qui a pour lésions anatomiques principales une tumeur, il est tout naturel qu'on ait cherché à dissoudre l'engorgement par les médicaments appelés *fondants :* aussi en a-t-on mis en usage un assez grand nombre. Les principaux sont ceux dans lesquels entrent le mercure et l'iode, et leurs préparations.

*Mercuriaux.* — Morgagni (2) recommandait d'employer le *mercure à l'état métallique* dans les cas où l'on supposerait qu'un corps étranger attaquable par cet agent, comme une pièce de monnaie, serait la cause première des accidents ; mais les cas de ce genre se sont présentés bien rarement, et ne doit-on pas plutôt penser

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, et *Clinique médicale*. Paris, 1833, in-8.
(2) *De causis et sedibus*, epist. XXX.

que la pièce de monnaie a été introduite dans l'estomac après le début du cancer, et a déterminé l'obstruction du pylore ?

Lorsqu'on donne le mercure à l'intérieur, c'est ordinairement sous forme de *protochlorure*. On en prescrit 5, 10 ou 15 centigrammes par jour, se bornant à l'effet altérant, et évitant, autant que possible, l'effet purgatif. Bayle et M. Cayol accordent quelque confiance à ce moyen, déjà recommandé par Fr. Jahn (1) et par Sandroch (2), qui associait le calomel à d'autres substances.

Des *frictions mercurielles* ont été également prescrites. Holscher (3) affirme avoir guéri par de simples frictions mercurielles et quelques *moxas* appliqués de temps en temps un cancer confirmé du pylore ; mais le diagnostic est loin d'être établi sur des bases certaines. J. Frank, qui recommande aussi ces frictions, se servait de l'onguent suivant :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Onguent d'althæa......... | 60 gram. | Camphre................. 0,60 gram. |
| Onguent mercuriel........ | 8 gram. | |

Pour frictions sur l'épigastre.

*Préparations d'or.* — Il faut rapprocher des mercuriaux les sels d'or, qui ont été recommandés par Chrestien, Wendt (4), Hennemann et plusieurs autres auteurs qui ont employé ce moyen dans un bon nombre de cas de cancers variés. Wendt recommande les pilules suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Hydrochlorate d'or...... | 0,30 gram. | Ciguë en poudre............. 4 gram. |
| Extrait de ciguë........ | 4 gram. | |

Faites cinquante pilules, dont on prendra une matin et soir.

On a également fait pratiquer des *frictions sur la langue* avec les sels d'or de la même manière que dans les affections syphilitiques (5).

*Préparations iodurées.* — C'est principalement sous forme d'*iodure de potassium* qu'on a donné ce médicament. Barras pense qu'il doit être employé en même temps à l'intérieur et à l'extérieur. A l'intérieur on peut prescrire l'iodure de potassium à la *dose d'un gramme*, 1gr,50, et plus *dans* 500 *grammes de liquide ;* à l'extérieur on fait faire sur l'épigastre des frictions avec la pommade suivante :

℞ Axonge................ 30 gram. | Hydriodate de potasse......... 5 gram.

Mêlez. Pour une friction matin et soir.

Le docteur Meyer (6) regarde l'iodure de potassium comme un spécifique contre les douleurs et contre les vomissements les plus rebelles. Il l'administre de la manière suivante :

(1) *Auswahl der wirksamsten, einfachen und zusammengesetzten Arzneimittel*. Erfurth, 1818.
(2) *Journal de Siebold*.
(3) *Hannov. Annalen für die gesammte Heilkunde*, t. I, 1836.
(4) *Anleit. zum Receiptschreiben*. Breslau, 1826.
(5) Voy. *Ulcères syphilitiques de la gorge*, t. III, p. 632.
(6) *Annales de la Société médicale de Roulers*, 1re livraison 1850.

℞ Iodure de potassium..... 0,15 cent. | Eau distillée.............. 150 gram.

Dose : d'abord d'une à quatre cuillerées de cette solution par jour; augmenter progressivement la dose.

Le *savon médicinal* est également prescrit dans le but de fondre la tumeur. J. Frank l'unit ainsi à l'aloès :

℞ Savon médicinal......... 15 gram. | Extrait de chiendent......... 30 gram.
Extrait d'aloès........... 2 gram.

Faites des pilules de 0,15 gram.; roulez-les dans la poudre d'iris de Florence. Dose : cinq par jour.

*Ferrugineux.* — Le *carbonate de fer* a été recommandé dans plusieurs cancers par Rudolph (1), qui l'unissait à l'extrait de calendule (souci). La *teinture d'hydrochlorate de fer*, la *limaille de fer*, ont été également mises en usage ; mais aucun médicament, parmi les ferrugineux, n'a été plus recommandé que l'*oxyphosphate de fer*, à l'aide duquel M. Fuzet-Dupouget (2) assure avoir obtenu des effets très avantageux. Il administre le médicament à la dose de 15 à 50 centigrammes, trois fois par jour.

*Préparations arsenicales.* — Il n'est pas jusqu'à l'arsenic qu'on n'ait employé comme moyen curatif du cancer en général, et même du cancer de l'estomac; mais comme rien ne prouve que ce médicament ait eu un effet même palliatif, il est inutile de lui donner place ici, vu le danger qu'il peut faire courir aux malades.

Si nous voulions indiquer tous les médicaments que l'on a donnés comme spécifiques, et en apprécier la valeur, nous dépasserions considérablement les bornes de cet article. Nous allons seulement citer les principaux, afin qu'on puisse soumettre à l'expérience toutes ces médications, dont l'efficacité n'est nullement démontrée.

L'*antimoine cru* donné à haute dose (4 grammes, uni à 0,25 gram. de ciguë) a été recommandé par Polese (3); le *plomb*, par quelques médecins allemands; le *charbon végétal* ou *animal*, le *sel ammoniac*, la *mousse de Corse* conseillée par Farr (4), le *suc gastrique* et même le *lézard gris* (5), ont été vantés comme pouvant produire la guérison du cancer. Il en est de même de la *pulpe* et du *jus de la carotte* pris à l'intérieur ou appliqués en cataplasmes; de l'*extrait de saponaire* et de *trèfle d'eau* recommandé par Fodéré, de l'*acétate de potasse* prescrit par Huxham et Todd, et de plusieurs autres substances qu'il serait trop long d'énumérer.

Il faudrait évidemment, pour accorder quelque valeur à des remèdes semblables, des faits nombreux bien observés et sévèrement analysés, et nous ne trouvons presque toujours que des assertions sans preuves. On comprend donc qu'il serait inutile d'insister davantage sur ce traitement prétendu curatif; mais nous ne devons pas passer sous silence le traitement palliatif, car c'est celui qui intéressse au plus haut point le médecin. Par lui on peut espérer de soulager des souffrances

(1) *Hufeland's Journalder pratischen*. Berlin, 1824,, t. LVIII.
(2) *Revue médicale : Emploi de l'oxyphosphate de fer pour combattre le cancer*, par M. Dupouget fils.
(3) *Cons. méd.*, 1835.
(4) *An Essay on the effects of the Fucus helminthocorton upon cancer*. London, 1822.
(5) Gourlay, *Annales de littérature médicale étrangère*, t. XIV.

souvent très vives, de faire cesser des symptômes fort incommodes, et peut-être aussi de rendre moins rapides les progrès de la maladie.

*Traitement palliatif.* — Le premier symptôme que l'on est appelé à combattre est le *trouble plus ou moins grand* qui survient *pendant la digestion.* Avant que l'on connût bien le cancer de l'estomac, on cherchait à dissiper ces symptômes en prescrivant les divers médicaments dits *stomachiques*, et c'est dans ce but qu'on avait inventé la plupart des *élixirs* qui ont eu tant de réputation dans les siècles précédents. Mais les auteurs modernes se sont élevés avec juste raison contre l'emploi fait sans discernement de ces substances qui, au lieu de favoriser la digestion, peuvent la rendre plus pénible et avoir des effets nuisibles. Aujourd'hui on s'accorde à reconnaître que le meilleur moyen de rendre les digestions plus faciles est de diminuer la quantité des aliments, de les choisir parmi ceux d'une digestion prompte et facile, et au lieu de prescrire les alcooliques à la fin du repas, de supprimer même le vin ou de n'en permettre qu'une très petite quantité. Dans les cas seuls où la maladie marcherait très rapidement dès le début, cas rares, ainsi que nous l'avons vu plus haut, on soumettrait les malades à une diète un peu sévère jusqu'à ce que les principaux symptômes fussent calmés; mais il ne faut pas oublier que souvent par là on les affaiblit sans avantage.

Les *douleurs épigastriques* méritent ensuite toute l'attention du médecin: c'est lorsqu'elles sont violentes, lancinantes, qu'on paraît avoir retiré le plus d'avantages des *narcotiques* et des *révulsifs* à l'extérieur. Nous avons déjà parlé des premiers; nous ajouterons seulement ici que 3 à 5 *centigrammes d'opium le soir*, 25 *à* 30 *grammes de sirop d'acétate de morphine* dans la journée, un petit vésicatoire placé sur l'épigastre pour faire absorber chaque jour de 2 *à* 5 *centigrammes d'hydrochlorate de morphine*, sont les meilleurs moyens de combattre ces douleurs. Lorsqu'elles sont extrêmement vives, et qu'elles ôtent tout repos, comme cela a lieu dans quelques cas peu fréquents, il faut élever graduellement les doses, les doubler, les quintupler même, sans craindre de plonger les malades dans un certain degré de narcotisme.

Quant aux *révulsifs*, ils consistent dans l'application de *vésicatoires* volants plus ou moins multipliés, ou d'un vésicatoire à demeure sur le creux épigastrique, de *sétons* ou de *cautères* employés inutilement dans le but de fondre le cancer par un grand nombre d'auteurs, de petits *moxas* comme le recommande Larrey, ou bien de simples frictions avec un liniment composé de :

| | |
|---|---|
| ℞ Huile de croton......... 30 gouttes | Huile d'amandes douces........ 10 gram. |

Pour frictions, jusqu'à l'apparition de nombreux boutons.

On pratique encore ces frictions avec la *pommade d'Autenrieth*, avec le *baume opodeldoch*, un *liniment ammoniacal*, en un mot, avec une substance irritante. Il faut ajouter que très fréquemment ces moyens échouent contre les douleurs produites par le cancer, et que si quelques auteurs les ont tant préconisées, c'est qu'ils ont eu affaire à d'autres affections, et notamment à la gastralgie. M. Lombard (1) a réussi à arrêter les vomissements à l'aide de l'*oxyde de bismuth* (2).

(1) *Gazette médicale*, 1836, p. 89 et suiv.
(2) Voyez, pour l'emploi de cette substance, l'article *Gastralgie*.

Les remèdes que nous venons d'indiquer agissent aussi contre les *vomissements*, mais il en est d'autres qui sont bien plus efficaces encore, si l'on en juge du moins par ce qui s'est passé dans quelques-uns des cas dont j'ai fait l'analyse : nous voulons parler des *boissons gazeuses*. Ces boissons sont, comme chacun sait, l'*eau de Seltz*, la *potion de Rivière*, en un mot, les liquides contenant une assez forte proportion d'acide carbonique. Dans les cas dont nous parlons, c'est l'eau de Seltz qui fut administrée, et nous pensons que ce liquide convient mieux que la potion de Rivière, qui, contenant un acide fort, pourrait être irritante pour l'estomac. Dans quatre cas dans lesquels l'eau de Seltz fut prescrite, deux fois elle n'eut pas d'influence évidente sur les vomissements : mais chez deux autres sujets ces vomissements, qui étaient nombreux, car ils se répétaient une ou plusieurs fois par jour, et qui duraient depuis plusieurs mois, cessèrent au bout de sept à huit jours de l'administration de l'eau de Seltz, et ne se reproduisirent plus jusqu'à la fin de la maladie. Chez l'un d'eux même il survint un calme profond, l'appétit se releva, et le malade éprouva une telle amélioration, qu'il put se croire en voie de guérison. On ne saurait donc trop recommander cette médication si simple. L'*eau de Vichy* (fontaine des Célestins) a, sous le point de vue qui nous occupe, le même avantage que l'eau de Seltz, et de plus elle agit comme *fondant*, ce qui rend son administration très utile. Il en est de même de l'*eau de Bussang*.

Les *boissons glacées*, *application de la glace sur l'épigastre*, ont eu aussi quelquefois pour effet de suspendre ce symptôme fort pénible. On devra y avoir recours si les médicaments précédents ne suffisent pas.

Nous avons vu qu'un symptôme incommode consiste dans les rapports, les éructations acides, le *pyrosis*. Les préparations *alcalines*, la magnésie à *la dose de 4 à 8 grammes* par jour, le *carbonate d'ammoniaque*, etc., sont très utiles pour le combattre. M. Lombard, ayant remarqué l'acidité des sécrétions, et notamment de la salive, chez les sujets affectés de cancer de l'estomac, a principalement insisté sur cette médication, que nous exposerons en détail à l'occasion de la *gastralgie*, maladie dans laquelle ce symptôme existe d'une manière très prononcée.

On a cherché à *relever les forces* en prescrivant les *toniques*, et en particulier le *quinquina ;* mais il n'est nullement prouvé que ce moyen ait réussi, même dans ce but palliatif. Toutefois on aurait tort de croire que la médication tonique, à moins qu'on ne mette en usage les liqueurs alcooliques, a les grands inconvénients qu'on a voulu lui attribuer. Les faits prouvent que leur administration n'a pas été suivie de symptômes graves, et quelques médecins, comme Bayle et M. Cayol, ont pu constater, sinon leur efficacité, du moins leur innocuité : aussi ne doit-on pas, au début de la maladie du moins, partager la frayeur de J. Frank, qui les proscrit d'une manière formelle.

Tel est le traitement palliatif, le seul qui ait une valeur réelle. Ajoutons qu'on devra étudier avec soin la préférence de l'estomac pour tel ou tel aliment et telle ou telle boisson. Si, en effet, il est vrai de dire que le vomissement est un des symptômes le plus à redouter, on sent combien il serait imprudent, sous prétexte de ne faire prendre que des aliments de facile digestion, de vouloir forcer les malades à se nourrir de substances que leur estomac repousse. N'oublions pas que le laitage, les viandes blanches, peuvent être vomis alors même que les viandes noires, le gibier le plus fort sont encore supportés. Enfin ajoutons que des bains tièdes,

des bains d'eau minérale, comme ceux de Vichy, de Néris, de Bagnères, peuvent être recommandés, et ont procuré dans quelques cas une amélioration sensible.

*Résumé, ordonnances.* — Il n'est pas un seul des moyens précédents qui ait une efficacité démontrée comme moyen curatif; mais comme moyens palliatifs, il en est de très utiles, parmi lesquels il faut particulièrement citer l'eau de Seltz contre les vomissements, les opiacés contre les douleurs, les alcalins contre les rapports acides, et un régime bien entendu contre les troubles de la digestion. Nous ne présenterons qu'un très petit nombre d'ordonnances, parce que les cas étant très variés, c'est en présence du malade qu'il faut grouper les divers médicaments.

### Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE CANCER COMMENÇANT.

1° Pour tisane, infusion de saponaire édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Prendre tous les jours, aux repas, une demi-bouteille ou une bouteille d'eau de Vichy.

3° Pilules de ciguë à doses croissantes (voy. p. 853).

4° Frictions irritantes sur la région épigastrique (voy. p. 854).

5° Si les douleurs sont vives, application d'un ou plusieurs vésicatoires volants.

6° Pour combattre la constipation, lavement avec 30 ou 40 grammes de sulfate de soude, et 60 à 80 grammes d'huile de ricin.

7° Régime composé de substances légères en petite quantité, et appropriées au goût du malade, qu'il faudra étudier. Exercice modéré, tous les jours; distractions.

### IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE CANCER PLUS AVANCÉ, AVEC VOMISSEMENTS.

1° Pour tisane, infusion de sureau édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° Boire dans la journée une ou deux bouteilles d'eau de Seltz coupée avec la tisane.

3° Tous les soirs, une pilule de 3 à 5 centigrammes d'extrait thébaïque, qu'on élèverait à une dose beaucoup plus forte, si les douleurs étaient excessives.

4° Après chaque repas, une ou deux cuillerées à café de sirop d'acétate de morphine.

5° Révulsifs sur l'épigastre ou fonticule (voy. p. 855).

6° Régime plus sévère que dans laprécédente ordonnance; les autres moyens, *ut suprà.*

Je ne crois pas devoir donner d'ordonnances pour les derniers temps de la maladie, car il s'agit alors de pourvoir aux indications diverses qui peuvent se présenter. Nous dirons seulement que la diarrhée est combattue par les astringents, les opiacés, le diascordium, etc., et que les symptômes qui se manifestent du côté des voies respiratoires sont traités par les moyens appropriés que nous avons fait connaître dans le précédent volume.

*Résumé.* — 1° *Traitement curatif :* Émissions sanguines; narcotiques, antispasmodiques, fondants, mercuriaux; préparations d'or, préparations d'iode, ferrugineux, préparations arsenicales, moyens divers.

2° *Traitement palliatif :* Moyens contre les troubles digestifs, contre les douleurs épigastriques; opiacés, révulsifs; contre les vomissements, contre les aigreurs, contre la faiblesse; régime.

## ARTICLE X.

### PERFORATION DE L'ESTOMAC.

Il est peu de maladies qui aient été l'objet de plus de travaux particuliers que la perforation de l'estomac. Se rattachant à des questions importantes de médecine légale, elle a attiré l'attention d'une manière spéciale. Mais les faits étant difficiles à observer, de nature variable, et donnant lieu à des interprétations diverses, plus on a cherché à discuter les questions qu'elle soulève, plus on a introduit de confusion dans l'histoire de la maladie. On a voulu embrasser dans une seule et même théorie des faits qui se rapportent à des causes organiques différentes, et les opinions émises, asssez souvent vraies pour quelques points particuliers, sont devenues presque toujours fausses par leur généralité.

#### § I. — Considérations générales, division.

Pour bien comprendre l'histoire de la perforation de l'estomac, il faut d'abord se rappeler ce que nous avons dit plus haut. Nous avons constaté, en effet, qu'il y avait des perforations *dues à un travail pathologique*, et notamment à l'ulcère cancéreux et à l'ulcère simple perforant, tandis que d'autres étaient *dues à un phénomène purement cadavérique ;* et plus loin nous verrons qu'il faut également admettre une véritable *rupture de l'estomac*, dont il existe aujourd'hui un assez grand nombre de faits dans la science. Je mets de côté, pour le moment, les *perforations dues à l'action d'un poison corrosif sur les parois de l'estomac ;* car il ne saurait en être question qu'au chapitre consacré aux *empoisonnements*.

Si l'on avait eu soin d'établir ainsi une distinction préalable, si l'on avait eu égard, non pas à quelques faits particuliers, mais à tous les faits, on n'aurait pas sans doute tant discuté sur la cause des perforations et sur la nature des lésions qui la produisent.

M. Lefèvre, chirurgien de la marine, à qui nous devons un travail intéressant sur cette question, a exposé avec d'assez grands détails les diverses opinions émises surtout depuis le commencement de ce siècle. Je me bornerai à un très court résumé de cet historique.

Je ne parlerai pas ici des idées de Galien, de Cælius Aurelianus, de Boerhaave et d'Hoffmann, parce qu'elles ne sont pas fondées sur l'étude de faits positifs. Je ne ferai que rappeler les expériences de Hunter (1), de Spallanzani, et surtout de M. Carswell, sur lesquelles j'ai insisté plus haut. Elles prouvent, comme nous

(1) *Œuvres de Hunter*, trad. par G. Richelot. Paris, 1843, t. I, p. 59 ; t. IV, p. 189.

l'avons vu, que, dans certaines circonstances, la perforation peut n'être qu'un simple effet cadavérique. Mais ces auteurs ont le tort de vouloir trop généraliser des faits particuliers.

A peine est-il nécessaire de mentionner la théorie du docteur Gérard, qui admettait l'existence préalable d'un *abcès* dans l'estomac : idée tout hypothétique. Quant à Chaussier et à Jaeger, nous avons vu plus haut ce qu'ils pensaient de cette lésion ; il serait inutile d'y revenir ici.

Le docteur Camerer (1) croyait avoir accordé les opinions des partisans de la théorie de Hunter avec celles des auteurs que je viens de citer, en démontrant, par des expériences, que sur un estomac privé d'innervation, le liquide gastrique agissait comme sur l'estomac d'un cadavre ; mais rien ne prouve que dans les cas où se produit la perforation de l'estomac, cet organe soit dans les conditions que suppose le médecin de Stuttgard.

Plus tard, les médecins de l'école physiologique n'ont voulu voir dans la perforation de l'estomac que le résultat d'une inflammation ordinaire. Mais c'est là évidemment l'opinion la moins soutenable ; car l'inflammation ordinaire donne lieu à des lésions dont la perforation n'est pas le dernier terme, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Nous devons faire connaître ici la division proposée par M. Richter (2) et celle de Becker, parce que ce sont celles où l'on a cherché à classer les perforations de l'estomac dans l'ordre le plus méthodique. M. Richter regarde comme pouvant produire la perforation de l'estomac : 1° la *gangrène locale*, 2° le *squirrhe*, 3° l'*ulcération* aiguë et chronique, 4° le *ramollissement gélatiniforme*. Relativement à la gangrène locale, il faut dire que rien ne prouve son existence. Nous avons vu, il est vrai, M. Rokitansky signaler la présence d'une eschare comme le premier degré d'un ulcère perforant de l'estomac ; mais c'est là une simple opinion plutôt que l'expression des faits. Les perforations dues au squirrhe ulcéré et à l'ulcération simple ne sont pas contestables. Quant à celles qu'on attribue au ramollissement gélatiniforme, c'est là encore, il faut le dire, le résultat d'une théorie qui aurait besoin d'être appuyée sur des observations nombreuses.

Le docteur Becker établit d'abord deux classes de ces perforations auxquelles il donne le nom de *gastrobroses*. Dans la première sont les gastrobroses par *cause interne*, comprenant l'action des agents vulnérants et des toxiques, et que nous devons laisser à l'écart. Dans la seconde classe se trouvent les divisions suivantes : 1° la gastrobrose *gangréneuse ;* 2° la gastrobrose *ulcéreuse ;* 3° la gastrobrose *carcinomateuse ;* 4° la gastrobrose produite par l'*amincissement* des tuniques de l'estomac ; 5° la gastrobrose produite par le *ramollissement* de la tunique muqueuse ; 6° la gastrobrose *spontanée*. On voit que cet auteur a voulu faire entrer dans sa classification tous les faits connus ou supposés ; mais, en les mettant ainsi sur la même ligne, et en y introduisant quelques espèces dont l'existence n'est pas démontrée, il n'a guère éclairé la question.

Il est bon de dire quelques mots sur le mode de formation des perforations et sur les accidents qui en résultent, suivant qu'elles ont lieu dans tel ou tel point de

(1) *Expériences sur le ramollissement de l'estomac.*
(2) *Horn's Archiv. für medizinische Erfahrung.* Berlin, 1824.

l'estomac. Il est également utile de dire comment on peut distinguer, après la mort, la perforation pathologique de la perforation purement cadavérique, et c'est ce qui va faire le sujet de cet article.

### § II. — Symptômes précurseurs.

Lorsque la perforation de l'estomac est *due aux progrès d'un cancer ulcéré*, elle est précédée des douleurs, des vomissements, de l'amaigrissement, de la cachexie qui appartiennent à cette maladie. Dans les cas où elle est *due à un ulcère simple*, on observe les symptômes exposés dans l'article précédent, (Voy. *Ulcère simple*). Faut-il ajouter à ces deux affections, comme cause de perforation, le *ramollissement avec amincissement* et le *ramollissement gélatiniforme ?* C'est ce qui n'est nullement démontré dans l'état actuel de la science, car dans la plupart des cas de ce genre on doit nécessairement admettre, ainsi que nous l'avons prouvé à l'aide des faits, l'existence de la perforation cadavérique.

### § III. — Symptômes consécutifs.

Quelle que soit la cause à laquelle il faille rapporter la perforation, les choses se passent très différemment, suivant que la cavité de l'estomac *communique avec celle du péritoine*, ou suivant que la solution de continuité est *en rapport avec un des organes voisins.*

*Dans ce dernier cas*, voici ce que l'on observe : il y a des *cardialgies* très pénibles, qui quelquefois se prolongent pendant des journées entières ; des *évanouissements*, des *vomissements* de grandes quantités de *sang*, suivis de *déjections alvines sanglantes*, et la maladie, qui jusqu'alors n'avait pas marché avec beaucoup de rapidité, fait des progrès effrayants. Il est très difficile, comme on le voit, de distinguer les résultats d'une perforation de ce genre de ceux qui appartiennent à la simple érosion d'une artère de l'estomac : dans l'une et l'autre, les phénomènes sont à très peu près les mêmes. C'est à la rate et au foie que le plus souvent la perforation de l'estomac vient aboutir ; cependant il n'est pas rare de la voir faire communiquer la cavité gastrique avec celle du côlon, dans les cas de cancer ; mais c'est un point sur lequel nous reviendrons à l'occasion de cette dernière maladie. Plusieurs auteurs, et entre autres Chaussier, ont rapporté des exemples de perforation du grand cul-de-sac correspondant à la rate.

Dans d'autres circonstances, la perforation se fait *vis-à-vis des parois de l'abdomen*, et alors, par suite d'adhérences préalables, il peut se produire une *fistule stomacale*. C'est ce qui eut lieu dans un cas fort remarquable rapporté par M. Bineau (1). Cette fistule, qui s'était fermée après avoir existé pendant quelques jours, se rouvrit plus tard et causa la mort de la malade.

Ce qu'il y a de remarquable dans les perforations dont nous venons de parler, c'est la production de ces *adhérences* qui empêchent l'épanchement dans la cavité péritonéale des matières contenues dans l'estomac. Caillard (thèse, Paris) a principalement insisté sur ce fait important, dont il a cité trois exemples.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. II, p. 360.

Dans des circonstances moins heureuses, la perforation ne rencontre pas ainsi un organe voisin qui vienne l'obstruer. Mais il peut se faire, comme dans un cas observé par Delpech, que l'épanchement, d'abord très peu abondant, se trouve *renfermé dans un espace très limité* et environné de fausses membranes, de telle sorte que les accidents ne soient pas extrêmement graves. Les cas de ce genre sont rares, du moins si nous nous en rapportons au très petit nombre qui en a été cité par les auteurs. Dans l'observation rapportée par Delpech (1), les choses se passèrent ainsi qu'il suit : Il y eut une perforation qui fut diagnostiquée, et qui donna lieu d'abord à des accidents formidables. Sous l'influence de la diète absolue, ces accidents se calmèrent ; mais la malade ayant voulu prendre des aliments, il survint des vomissements qui rompirent ces adhérences, et firent communiquer la petite cavité de l'épanchement avec la cavité péritonéale, d'où résulta une péritonite mortelle.

Enfin, dans d'autres circonstances malheureusement trop fréquentes, la perforation de l'estomac fait *communiquer* la cavité de cet organe *directement avec le péritoine*, et l'épanchement se forme, soit dans la grande cavité, lorsque la perforation a lieu à la face antérieure, soit dans l'arrière-cavité des épiploons, lorsqu'elle occupe la face postérieure. Cet accident est immédiatement annoncé par les symptômes les plus violents, et notamment par la *douleur excessive survenue tout à coup*, le *frisson*, le *froid des extrémités*, la tendance des malades à se ramasser sous leurs couvertures et à tenir leur *corps courbé en avant*, etc. Ces symptômes sont, comme on le voit, ceux de la péritonite suraiguë, et ont la même valeur dans l'affection qui nous occupe que ceux qui se manifestent du côté de la plèvre dans la *perforation de l'œsophage.*

M. le docteur Charrier (2) a rapporté un cas de perforation de ce genre observé chez une dame *qui avait présenté pendant un certain temps, du côté de cet organe, des symptômes peu caractérisés.* Il y avait deux perforations qui étaient, sans doute, le résultat de deux ulcères plus ou moins anciens. Il y eut une péritonite suraiguë, et mortelle. On nota l'*abaissement du foie et sa séparation du diaphragme* dus au brusque dégagement des gaz dans le péritoine.

Ces détails intéressants devront être étudiés avec soin dans l'article consacré à la péritonite. Il suffit de les avoir signalés.

La perforation de l'estomac, différant en cela de la rupture, est caractérisée, soit par l'existence de *phénomènes antérieurs*, soit par l'*absence complète de ces symptômes* et de ceux qui précèdent la rupture, comme nous le verrons plus loin, et par l'*apparition brusque* des phénomènes de la péritonite suraiguë.

### § IV. — Causes déterminantes.

Quelles sont maintenant les *causes déterminantes* de la solution complète de continuité de l'estomac ? Après avoir observé pendant un certain temps la marche des maladies qui y donnent lieu, et en particulier celle de l'*ulcère cancéreux* et de l'*ulcère perforant*, nous voyons arriver un moment où la paroi de l'estomac est

(1) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, p. 386.
(2) *Union médicale*. Paris, 11 et 13 mars 1847.

presque complétement détruite. La membrane séreuse reste seule alors pour empêcher l'épanchement des matières. On conçoit donc que, dans cet état de choses, un *mouvement brusque*, un *effort de vomissement*, une *pression violente* sur l'épigastre puisse rompre ce dernier reste de la paroi gastrique. C'est, en effet, ce qu'on a observé dans un certain nombre de cas; mais dans d'autres on n'a rien noté de semblable : ce qui prouve que la membrane séreuse a été à son tour envahie par le travail ulcératif.

### § V. — Lésions anatomiques.

1° *Perforation pathologique.* — Nous avons suffisamment exposé plus haut l'état de l'estomac dû au travail de l'ulcération. Nous nous bornerons donc à dire ici que l'étendue des perforations est très variable, comme celle des ulcères en général; que quelquefois elle est très considérable, car on en a vu de la grandeur de la paume de la main; que la perforation est arrondie, avec des bords coupés en dédolant, de telle sorte que la perte de substance de la muqueuse et du tissu sous-muqueux est plus considérable que celle de la musculeuse, qui à son tour est plus largement perforée que la séreuse. La coloration des bords est tantôt d'un rouge plus ou moins vif, tantôt brune, tantôt même noirâtre; c'est sans doute là ce qui a fait croire à l'existence d'une véritable gangrène. Parfois il y a plusieurs perforations d'une grandeur médiocre, ce qui s'accorde très bien avec ce que nous avons dit du développement simultané de plusieurs ulcères.

MM. les docteurs Hughes et Ray (1) ont rapporté un cas très curieux de perforation de l'estomac. Il fut observé chez une jeune fille. Une première fois il y eut tous les symptômes de la perforation : douleur subite et atroce, péritonite consécutive; la malade guérit. Quatre mois après, ces accidents se reproduisirent plus intenses, la malade succomba. On trouva une perforation canaliculée entre le pylore et le cardia, et un enfoncement froncé cicatriciel qui parut être le résultat de la première perforation. On trouva l'estomac plein de fruits rouges non encore digérés.

Ce qu'il importe surtout de constater, c'est l'existence, dans la cavité péritonéale, d'une inflammation plus ou moins étendue, résultat inévitable de l'épanchement des matières contenues dans l'estomac pendant la vie. Delpech est le seul qui ait suffisamment insisté sur ce point, et c'est cependant celui qui domine toute la question. Si l'on avait indiqué exactement, dans toutes les observations, l'état du péritoine, rien n'eût été plus facile que de distinguer la perforation survenue pendant la vie, de celle qui s'est produite sur les cadavres. Chaussier a complétement négligé cette description du péritoine, et c'est ce qui l'a plusieurs fois induit en erreur; il a attribué à une seule cause des perforations de plusieurs espèces.

Ainsi, outre la présence des aliments dans la cavité péritonéale, il faut noter avec soin l'état de décomposition où on les trouve, leur composition chimique, et surtout la rougeur de la séreuse, les fausses membranes, les épanchements séro-purulents ou purulents; car si toutes ces circonstances existent, il n'est pas douteux que la perforation n'ait eu lieu du vivant du malade.

(1) *Guy's hospital Reports*, London, t. IV, 2e série, 1846.

2° *Perforation cadavérique.*—Ceci nous conduit à dire un mot des perforations qui peuvent se produire après la mort. Nous rappellerons d'abord ici les expériences de M. Carswell, et, ce qui est plus important encore, quelques observations recueillies sur l'homme, de ramollissement, de perforations qui paraissent évidemment cadavériques. Telle est celle qui a été communiquée par M. Littré à M. Carswell (1) ; telles sont aussi celles qui appartiennent à Hunter et à quelques autres expérimentateurs, et celle qui a été rapportée par M. Louis, comme exemple du dernier terme où peut être porté le ramollissement avec amincissement de l'estomac. Ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que le liquide épanché avait une *apparence chymeuse*, et que les organes en contact avec lui étaient ramollis comme l'estomac, *sans inflammation environnante*, de telle sorte que le péritoine était parfaitement intact.

Les faits que nous venons de citer font voir, ainsi que le fait remarquer M. Carswell, le passage graduel du ramollissement à la perforation complète. Celui qui a été recueilli par M. Littré nous représente, en effet, la destruction des parois jusqu'au péritoine, dans un cas de mort subite, et les autres, la destruction de cette dernière membrane elle-même.

Nous ne saurions trop insister sur cette différence dans les lésions environnantes ; car si l'on n'en tient pas compte, il est impossible de s'assurer de la nature de la perforation, la forme de la lésion de l'estomac ne suffisant pas toujours, de l'aveu de tous les anatomo-pathologistes, pour lever tous les doutes.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Relativement au *diagnostic*, nous avons plusieurs questions à nous poser. D'abord on doit se demander si l'on a affaire à une simple perforation ou à une *rupture de l'estomac*, et voici les données sur lesquelles on établira la distinction. Dans la perforation, on observe des symptômes précurseurs de plus ou moins longue durée : douleurs épigastriques, nausées, vomissements, perte de l'appétit, amaigrissement, etc. Dans la rupture, il y a également des symptômes antérieurs; mais, comme nous le verrons plus loin, ils surviennent tous pendant une espèce d'indigestion, n'ont qu'une durée très limitée, et sont constitués principalement par le gonflement de l'épigastre, l'anxiété et les efforts inutiles de vomissements. Ces derniers symptômes suffisent pour faire distinguer la rupture, de la perforation de l'estomac succédant à l'ulcère latent, cas, du reste, beaucoup plus rare que le précédent.

On voit encore que nous ne parlons pas ici de la perforation qu'on attribue au simple ramollissement de l'estomac, ce que nous avons fait à dessein, parce que nous ne sommes pas suffisamment éclairé sur ce point.

La seconde question qu'il importe de se poser est la suivante : *La perforation communique-t-elle avec un des organes voisins de l'estomac?* ou bien *y a-t-il un épanchement péritonéal?* Ce diagnostic est très facile, car les symptômes de péritonite suraiguë sont si graves et si caractéristiques, qu'ils ne peuvent laisser aucun doute. Qu'il nous suffise donc de renvoyer le lecteur à ce que nous en avons dit plus haut.

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*. Paris, 1830, t. VII, p. 506.

## TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

### 1° *Signes distinctifs de la perforation et de la rupture de l'estomac.*

| PERFORATION. | RUPTURE. |
|---|---|
| Symptômes précurseurs *de plus ou moins longue durée :* Douleurs épigastriques, nausées, vomissements, amaigrissement, etc. | Symptômes antérieurs *de courte durée :* Gonflement de l'épigastre, anxiété, efforts inutiles de vomissements. |
| Survenue *sans cause particulière.* | Survenue à la suite d'une *espèce d'indigestion.* |
| Se produit quelquefois tout à coup *sans aucun symptôme antérieur.* | Toujours les *symptômes antérieurs* signalés plus haut. |

### 2° *Signes distinctifs de la perforation bornée par les organes voisins et de la perforation avec épanchement.*

| PERFORATION BORNÉE PAR LES ORGANES VOISINS. | PERFORATION AVEC ÉPANCHEMENT. |
|---|---|
| Violente *cardialgie.* | Douleur *excessive dans l'abdomen.* |
| Souvent *vomissements de sang.* | *Pas de vomissement de sang.* |
| Parfois *évanouissements.* | *Frissons, froid des extrémités.* Les malades se ramassent sous les couvertures, etc. |

### 3° *Signes distinctifs de la perforation produite pendant la vie et de celle qui a lieu après la mort.*

| PERFORATION SURVENUE PENDANT LA VIE. | PERFORATION CADAVÉRIQUE. |
|---|---|
| *Adhérences* avec les organes voisins. | *Pas d'adhérences* avec les organes voisins. |
| Ceux-ci *suppurés, rouges,* ramollis, etc. | Ceux-ci n'offrent qu'un simple *ramollissement blanc.* |
| Violente *inflammation* du péritoine. | Péritoine à *l'état normal.* |
| Pendant la vie, *symptômes de péritonite* ou de *lésions profondes des organes* voisins de l'estomac. | Survenant souvent dans les *morts subites :* dans le cas contraire, *symptômes de gastrite* aiguë ou chronique, non suivie des accidents violents dus à une perforation. |

*Pronostic.* — Il paraît inutile de chercher à établir le pronostic d'un accident aussi redoutable, et dont la mort semble être une conséquence inévitable. Cependant les faits que nous avons étudiés jusqu'à présent nous fournissent sur ce point des données importantes ; et d'abord nous y voyons que les perforations bornées par les organes voisins sont beaucoup moins graves que celles qui font communiquer la cavité de l'estomac avec la cavité du péritoine.

En second lieu, nous y trouvons que si la perforation peut se faire dans un point où l'estomac est en contact avec la paroi abdominale, il s'établit une fistule qui n'est pas immédiatement mortelle.

Enfin, et c'est l'observation de Delpech qui nous fournit ce document très intéressant, nous voyons que la perforation de l'estomac peut n'être pas immédiatement mortelle, alors même qu'elle a lieu dans la cavité péritonéale. Si, en effet, l'épanchement est peu abondant, il est peut-être promptement limité par des fausses membranes qui le transforment, pour ainsi dire, en un simple abcès. Nous retrouverons plus loin cette disposition dans les *perforations du cæcum.*

### § VII. — Traitement.

Nous avons, dans les articles précédents, exposé tout ce qui est relatif au traitement des diverses lésions auxquelles succède la perforation. Il serait donc inutile d'y revenir ici.

*Lorsque la perforation existe, quelle est la conduite à tenir?* Il faut encore distinguer ici les trois cas que nous avons mentionnés plus haut.

La perforation est-elle *bornée par un organe voisin de l'estomac*, on doit combattre par les *émissions sanguines* et par les autres *antiphlogistiques* l'inflammation plus ou moins profonde de cet organe, et insister sur les moyens déjà mis en usage contre l'ulcère de l'estomac. Les cas dans lesquels l'érosion de l'organe secondairement affecté donne lieu à des *vomissements de sang* plus ou moins abondants rentrent dans le traitement de la *gastrorrhagie* (1).

A-t-on lieu de croire à l'existence d'un *épanchement peu étendu et borné par des fausses membranes*, comme dans le cas cité par Delpech, il ne faut épargner aucune précaution pour mettre le sujet à l'abri des accidents qui le menacent. Il faut d'abord le condamner au *repos le plus absolu*, le mettre à la *diète la plus sévère*, *supprimer les boissons*, tromper la soif à l'aide de la *glace* ou de quelques gouttes d'une *liqueur acidule*, et mettre en usage le traitement recommandé par MM. Stokes et Graves contre la péritonite par perforation, c'est-à-dire l'*opium à haute dose*. Mais, en pareil cas, il est nécessaire de porter l'opium dans le canal intestinal à l'aide des *lavements*; car il est surtout important de ne pas introduire de nouvelles substances dans l'estomac. Des lavements avec 20, 30, et *même quarante gouttes de laudanum*, seront donc administrés dans ce but, et l'on couvrira le ventre de *fomentations émollientes*, auxquelles on aura ajouté une forte proportion de vin d'opium.

Les *émissions sanguines* sont surtout mises en usage lorsqu'il y a une réaction fébrile marquée. En pareil cas, c'est aux *sangsues* que l'on a principalement recours, et on les applique en grand nombre (40, 50 et 60) sur le point le plus douloureux de la région abdominale.

Enfin, *dans les cas où il existe une péritonite suraiguë* généralisée, on doit se hâter de recourir au traitement énergique mis ordinairement en usage contre cette affection, et sur lequel nous ne nous étendrons pas ici, parce que nous aurons à l'exposer en détail dans un des articles suivants (voy. article *Péritonite*).

On comprendra, du reste, pourquoi nous n'insistons pas davantage sur le traitement de la perforation de l'estomac; car bien souvent il est presque inutile, et l'on ne nous a appris presque rien de spécial sur son compte. Ce que nous indiquerons dans le traitement de la *rupture de l'estomac* sera d'ailleurs facilement applicable au traitement de la perforation.

## ARTICLE XI.

### RUPTURE DE L'ESTOMAC.

C'est au mémoire de M. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine à Brest, qu'il faut emprunter en grande partie ce que nous avons à dire de cet acci-

(1) Voy. *Gastrorrhagie*, page 760.

dent grave, dont il a rassemblé les principaux exemples. Cet auteur a cité sept observations, dont une, très intéressante, a été recueillie par lui, et ces faits ne laissent aucun doute sur l'existence d'une véritable rupture. Tout se réunit pour prouver qu'il y avait dans ces cas, non une *perforation*, comme dans les cas précédents, mais une solution brusque de continuité produite par une véritable déchirure des tissus.

### § I. — Fréquence.

L'accident dont il s'agit ici n'est heureusement pas *fréquent* dans l'espèce humaine. On l'observe plus souvent chez les chevaux ; et M. Lefèvre expose, ainsi qu'il suit, les symptômes observés sur ces animaux par les vétérinaires. On peut reconnaître deux temps distincts dans la marche de la maladie. *Dans le premier*, on note des coliques violentes, le retour des aliments ou des gaz par les naseaux, précédé de fortes contractions, par lesquelles l'animal cherche à allonger le cou. Cet état peut durer plusieurs heures. *Dans le deuxième temps*, les symptômes changent subitement : les efforts de vomissement s'arrêtent ; le cheval ne se débat plus ; une sueur froide couvre son corps ; la respiration est très accélérée, le pouls très fréquent et petit. Si le cheval est couché, il se relève, et la mort survient promptement. Nous avons cité cette courte description, parce que, se rapportant à une rupture non douteuse de l'estomac chez le cheval, elle peut servir de point de comparaison pour l'appréciation des symptômes observés chez l'homme.

Voyons maintenant quelles sont les circonstances dans lesquelles se produisent ces ruptures et à quels signes elles donnent lieu.

### § II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes*.—M. le docteur Stewart Allen (1) a vu une rupture de l'estomac se produire chez un *enfant de dix ans*. Il n'a pas dit dans l'observation si l'enfant avait mangé des fruits. M. le docteur Lefèvre a fait remarquer que tous les cas dont il a rapporté l'histoire avaient été observés chez des personnes du *sexe féminin*, et il s'est demandé si cette prédisposition tenait à la forme qu'impriment à l'estomac les *corsets trop serrés*. Le nombre des faits est évidemment insuffisant pour résoudre une question de ce genre : mais il est bon de signaler cette circonstance, qui pourra servir à d'autres pour éclairer la question.

Les personnes tourmentées par des *épigastralgies* fréquentes, celles dont les digestions laborieuses sont accompagnées d'un *dégagement considérable de gaz*, paraissent, suivant M. Lefèvre, plus exposées à ce mode de solution de continuité de l'estomac. Sans prétendre que cette assertion est entièrement erronée, nous dirons qu'elle ne ressort pas rigoureusement des observations rapportées par cet auteur ; car, dans le plus grand nombre des cas, et notamment dans les observations 2, 3 et 7 de son mémoire, on n'a pas observé ces conditions particulières.

2° *Causes occasionnelles*. — Nous avons des renseignements plus précis sur les causes occasionnelles de cet accident. Dans toutes les observations, en effet, le repas qui a précédé la rupture et la mort avait consisté dans une *quantité considérable*

(1) *The Lancet*, décembre 1848.

*d'aliments le plus souvent d'une difficile digestion*, comme des haricots, des choux, des fruits divers, et en particulier des prunes. Or, un temps plus ou moins long après cette digestion, il est survenu des troubles digestifs très notables, et que l'on ne pouvait attribuer qu'à une indigestion. Il pourrait se faire, comme on le conçoit bien, qu'une disposition morbide de l'estomac suffît seule pour produire ces accidents, sans que l'ingestion d'aliments indigestes fût nécessaire. La cause déterminante, en effet, est l'*indigestion*, de quelque manière qu'elle soit produite, et, par suite, la *distension de l'estomac* par les gaz et les liquides, avec des *efforts* plus ou moins considérables de vomissement.

## § III. — Symptômes.

Les *symptômes* sont de deux sortes, suivant qu'on examine les malades avant ou après la rupture.

1° *Symptômes qui précèdent la rupture.* — Dans le premier cas, il y a de véritables symptômes d'indigestion, qui, ainsi que le fait remarquer M. Lefèvre, durent plus ou moins longtemps, selon que l'estomac présente plus ou moins de résistance. Ces symptômes sont d'abord une *violente douleur* dans la région épigastrique, avec *gonflement notable* et sensation de *pesanteur*. Les malades, d'après M. Lefèvre, comparent la sensation qu'ils éprouvent à celle que produirait une *forte pression* à la base du thorax. Surviennent ensuite des nausées, puis des *efforts de vomissement qui sont infructueux* et n'aboutissent qu'à faire rejeter de très petites quantités de matières muqueuses. Les *évacuations alvines manquent;* si l'on en obtient à l'aide des lavements, on les trouve formées de matières bien liées qui ont paru à M. Lefèvre être le résidu évident des digestions antérieures. Il existe en même temps une très grande *anxiété* et une *agitation* telle, que les malades se couchent tantôt sur le ventre, tantôt sur le dos; qu'ils se roulent sur leur lit, se pelotonnent et ne savent quelle position garder. On a vu alors le *ventre rétracté* vers la partie moyenne, ce qui faisait ressortir encore davantage la tension de l'épigastre. La déglutition est facile, mais elle provoque presque immédiatement des nausées, et par suite le rejet des boissons qui viennent d'être ingérées; c'est ce que l'on observait principalement dans le cas recueilli par M. Lefèvre lui-même. Un sujet accusait la *sensation d'un obstacle* qui s'opposait à l'introduction des boissons dans l'estomac.

Cependant il existe ordinairement une *soif* très vive, que, par les raisons qui viennent d'être indiquées, on ne peut pas satisfaire. La *langue*, à toutes les époques de la maladie, est pâle, large et humide.

La lenteur et la régularité du *pouls* sont très remarquables dans un état où l'agitation est portée à un si haut degré; seulement les pulsations sont parfois un peu étroites et serrées.

Comme dans les indigestions ordinaires, cet état n'est point continu; on observe, au contraire, des *moments de calme* de courte durée, à la suite desquels les accidents se reproduisent plus intenses.

Tels sont les symptômes qui précèdent la rupture. On comprend qu'ils doivent avoir une durée indéterminée, puisque la production de la solution de continuité dépend de la rapidité avec laquelle se fait la distension de l'estomac, de la violence

des efforts de vomissement, et de la résistance des tissus. On comprend également que si les mêmes phénomènes se produisaient chez des sujets dont l'estomac serait déjà ramolli, la rupture se ferait avec beaucoup plus de rapidité; c'est en effet ce qui eut lieu dans deux des cas cités par M. Lefèvre.

2° *Symptômes après la rupture.* — Maintenant quels sont les symptômes qui succèdent à la rupture? Ils ne diffèrent en rien de ceux qui suivent la perforation, lorsque celle-ci fait communiquer la cavité de l'estomac avec celle du péritoine. On peut s'en convaincre par la description suivante empruntée à M. Lefèvre (1) : « La *douleur*, de dilacérante qu'elle était, devient *brûlante* et *change de place*. Le *ventre*, d'abord *douloureux à la pression*, se soulève, se *ballonne*, et acquiert une sensibilité extrême; les malades sont alors *moins agités;* mais, à mesure que les symptômes de la péritonite se prononcent davantage, il se manifeste de *nouveaux efforts de vomissement* qui ne sont encore suivis d'aucun résultat. Le *pouls devient très fréquent*, petit, serré, misérable; la *peau* des extrémités est *froide*, elle se couvre d'une *sueur* glaciale et visqueuse. La *face*, profondément altérée, exprime la terreur. Les malades, tout en conservant l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, jettent par intervalles des *cris plaintifs* qui peignent la vivacité de leurs douleurs. Souvent alors ils expirent en demandant à boire, en se levant ou en faisant un mouvement pour changer de place dans leur lit, etc. »

On voit donc qu'il n'y a pas à s'y tromper, et que le moment où se fait la rupture de l'estomac, et où les matières sont épanchées dans la cavité péritonéale, est assez précis pour être indiqué avec exactitude.

### § IV. — Lésions anatomiques.

Ce que l'on observe de remarquable parmi les lésions anatomiques, c'est d'abord la distension considérable de l'estomac. Cette distension porte principalement sur le grand cul-de-sac, et, dans le point correspondant à la solution de continuité, cette cavité présente un aspect infundibuliforme qui, d'après Lenhosseck, est un caractère propre aux *perforations spontanées*, c'est-à-dire à la rupture; car, ainsi que nous venons de le voir, c'est là le nom donné par quelques auteurs à la lésion dont nous nous occupons.

Au sommet de cet entonnoir, on trouve une solution de continuité irrégulière plus ou moins arrondie, mais présentant ceci de particulier, que les tuniques de l'estomac ne se correspondent pas exactement à son pourtour, ce qui est dû à leur rétraction différente, et ce qui distingue parfaitement la rupture dont il s'agit de la perforation ulcéreuse, dans laquelle les membranes peuvent être érodées dans une étendue inégale, mais non présenter un plus ou moins grand degré de rétraction. En outre, on trouve aux environs, dans quelques cas, des fendillements, de véritables éraillures de la muqueuse, qui ne sont autre chose qu'un commencement de rupture. M. Lefèvre ayant, à l'aide d'une forte insufflation, distendu sur des cadavres l'estomac jusqu'à le rompre, a trouvé ensuite dans cet organe des lésions entièrement semblables à celles qui viennent d'être décrites.

Il y a de plus un amincissement considérable des parois de l'estomac, et cet

(1) *Recherches pour servir à l'histoire des solutions de continuité de l'estomac.* Paris, 1842, p. 54.

amincissement est en rapport avec le degré de distension qu'ont supporté les parois. Du reste, on ne trouve pas aux environs de la perforation, au moins dans la majorité des cas, de ramollissement sensible des tissus. On peut encore leur faire supporter d'assez fortes tractions sans les rompre.

Quant aux matières contenues encore dans l'estomac, elles sont en plus ou moins grande quantité, selon que la perforation leur a fourni un écoulement plus ou moins facile. Elles consistent principalement en aliments mal digérés, répandant une odeur aigre, et en une grande quantité de gaz qui s'échappent souvent au moment où l'on fait l'ouverture de l'abdomen.

Dans une analyse faite sur un sujet observé par M. Lefèvre, M. Lepelletier, pharmacien de la marine, a trouvé que « l'extrême acidité des matières était due à la présence des acides suivants, rangés dans l'ordre croissant de leurs proportions :

» 1° Acide hydrochlorique,
» 2° — hydrosulfurique,
» 3° — malique,
» 4° — phosphorique,
(des traces.)

» 5° Acide acétique surtout, dont la proportion peut être évaluée au moins au cinquantième ou au quart du poids des matières, selon qu'on le représente par l'acide le plus concentré ou par du vinaigre. »

D'un autre côté, on trouve dans le péritoine des lésions qui prouveraient jusqu'à l'évidence que l'accident a eu lieu pendant la vie, si déjà les symptômes indiqués plus haut n'en avaient fourni une démonstration suffisante. Ce sont les traces de l'inflammation vive qui entoure l'épanchement, et qui se répand plus ou moins loin. Nous n'indiquerons pas ici ces lésions ; elles appartiennent à la péritonite par perforation, et nous les exposerons plus loin.

Tout se réunit donc, comme on le voit, pour faire adopter l'explication que M. Lefèvre a donnée de cet accident formidable : les circonstances dans lesquelles se produisent les symptômes, c'est-à-dire un bon état de santé antérieur, la violente distension de l'estomac observée pendant la vie, l'apparition brusque des signes de péritonite, la forme qu'affecte l'estomac, celle de sa perforation, et les traces d'inflammation péritonéale, ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet. Aussi le fait suivant, cité par M. Lees (1) sous le titre de *perforation à la suite d'un ulcère chronique de l'estomac*, nous paraît-il rentrer dans cette catégorie. Il s'agit, en effet, d'une jeune fille de dix-neuf ans qui, habituellement bien portante, fut prise quelques heures après le repas de phénomènes morbides de perforation de l'estomac. Une péritonite se déclara, M. Lees employa l'opium à haute dose, un grain toutes les heures ; le quatrième jour, la malade allant bien, l'opium fut suspendu, mais tout à coup les accidents revinrent avec plus d'intensité, et elle succomba. On trouva à l'autopsie les signes d'une péritonite et une perforation de l'estomac, large comme une pièce de 50 centimes, arrondie, à bords lisses, située à la face antérieure de la petite courbure, au voisinage du cardia, sans aucune autre trace de maladie qu'un léger ramollissement de la muqueuse.

Cependant lorsque l'estomac est très ramolli, la rupture peut se produire en

(1) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, 30 décembre 1851.

dehors de cette cause. M. le docteur Burggraeve (1) a vu une rupture de l'estomac, par suite d'un ramollissement pultacé, donner lieu à une large ouverture qui faisait communiquer cet organe avec l'arrière-cavité du péritoine. Au moment de la rupture, il se produisit un *emphysème général* avec symptômes d'asphyxie. La mort survint en très peu de temps.

### § V. — Diagnostic, pronostic.

C'est d'abord avec la *perforation de l'estomac* qu'on peut le plus facilement confondre la rupture de ce viscère ; mais, d'après ce que nous venons de dire, on voit que les différences signalées dans l'article précédent se trouvent entièrement confirmées.

Mais il est des perforations, des ruptures d'autres organes qui donnent lieu à des accidents semblables. Le diagnostic est alors difficile. Cependant l'état antérieur des malades, le siége de la douleur, la manière dont elle s'est étendue à l'abdomen, servent à mettre sur la voie. C'est ainsi qu'on reconnaîtra la *rupture d'un gros vaisseau, de la rate*, la perforation *de la vésicule biliaire*, etc. ; mais ce sont des cas particuliers que nous devons nous borner à mentionner, devant les retrouver plus tard. Nous en dirons autant des *perforations de l'intestin* dans la fièvre typhoïde, dans l'*ulcération du cæcum*, etc.

Un mot seulement sur la *perforation intestinale* qui peut se produire *dans le cours d'une phthisie*. La longue durée de la maladie qui a précédé la perforation, les symptômes pectoraux (toux, crachats, hémoptysie, signes fournis par la percussion et l'auscultation, sueurs nocturnes, dépérissement), feront reconnaître quelles sont les conditions dans lesquelles la perforation a eu lieu ; et le point de départ de la douleur, s'il peut être précisé, indiquera que c'est l'intestin, et non l'estomac, qui est perforé.

Si, comme dans un cas recueilli par M. Mesnard (2), la rupture d'un de ces derniers organes était précédée d'une indigestion plus ou moins violente, le diagnostic serait presque impossible ; aussi dans ce cas, où l'on ne trouva qu'une *rupture d'une veine épiploïque*, était-on persuadé, avant l'autopsie, qu'on avait eu affaire à une véritable rupture de l'estomac.

*Pronostic.* — Le pronostic de cette affection est des plus graves ; on ne possède pas, en effet, un seul exemple de guérison d'un accident semblable. Au moment où il n'y a que des symptômes d'indigestion, on ne saurait croire que le malade est dans un véritable danger, puisque tant d'autres cas, en apparence semblables, se terminent par de simples vomissements et des déjections alvines ; et lorsqu'on a acquis la certitude que la rupture a eu lieu, on doit désespérer de la vie du sujet.

M. Lefèvre compare, sous le point de vue du pronostic, la rupture de l'estomac qu'il désigne sous le nom de *perforation spontanée*, avec les perforations dont il a été question plus haut, et il fait observer avec juste raison que la gravité de la rupture est beaucoup plus grande.

(1) *Annales et Bulletin de la Soc. de méd. de Gand*, janvier 1845.
(2) Obs. 4e du mémoire de M. Lefèvre.

### § VI. — Traitement.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit plus haut sur le traitement de la péritonite suraiguë qui survient dans certains cas de perforation de l'estomac. C'est, en effet, alors la péritonite qui est toute la maladie, et cette affection ne présente point de différences, suivant la manière dont s'est faite la solution de continuité. Nous renvoyons donc, à ce sujet, le lecteur au chapitre précédent.

Mais, *avant que la rupture ait eu lieu*, lorsqu'il n'existe encore que des symptômes d'une violente indigestion, avec distension de l'estomac, *quelle conduite le praticien doit-il tenir?* Nous avons déjà dit que les symptômes, en pareil cas, ne différaient pas très sensiblement de ceux d'une indigestion ordinaire; il s'ensuit donc que le plus souvent on croira avoir affaire à un cas sans gravité, et qu'on se bornera à prescrire quelques calmants et quelques évacuants; mais ces derniers moyens, loin d'être utiles, pourraient avoir, au contraire, un effet funeste, car ils pourraient n'agir qu'en augmentant les efforts impuissants de vomissement, cause efficiente de la rupture. Si donc on avait quelques motifs de croire que le cas se rapproche de ceux dont il a été question dans cet article, on devrait chercher un autre moyen de débarrasser l'estomac.

Si la douleur épigastrique était extrêmement vive; si l'anxiété et l'agitation étaient portées à un très haut degré; si l'on constatait un gonflement très considérable de la région de l'estomac avec la matité et le son clair que nous venons d'indiquer; et si enfin il y avait des efforts de vomissement fréquents, violents, et sans autre résultat que le rejet de quelques mucosités, on devrait avoir recours, comme le recommande M. Lefèvre, qui toutefois n'a pas eu occasion d'employer ce moyen, à la *pompe stomacale, et enlever ainsi mécaniquement les liquides contenus dans l'organe.*

M. Lefèvre pense qu'il serait utile, après avoir vidé l'estomac, de le *laver* aussi exactement que possible avec une *décoction émolliente.* Mais rien ne prouve que cette précaution soit nécessaire; car nous savons que l'estomac, comme les autres organes creux, reprend facilement toutes ses fonctions dès qu'il est revenu à son volume habituel. Quant à l'inflammation qu'on pourrait craindre de voir éclater, il n'est nullement probable qu'elle se produise. Aussi je ne crois pas qu'il soit très utile de mettre en usage un *traitement antiphlogistique sévère*, de prescrire la *diète*, etc., comme M. Lefèvre l'indique.

Quant à l'instrument à mettre en usage, on connaît la pompe stomacale, dont nous aurons occasion de reparler à l'article *Empoisonnement.* On peut d'ailleurs voir ce que nous avons dit, à ce sujet, à propos de l'*asphyxie par submersion* (voy. t. III, p. 388). Mais il importe de rappeler ici, comme M. Lefèvre l'a fait avec raison, que l'on peut vider l'estomac à l'aide d'un appareil beaucoup plus simple, indiqué par Renault (1).

Cet appareil se compose d'une seringue bien calibrée, munie à son extrémité d'une grosse sonde œsophagienne de gomme élastique. La sonde une fois introduite, on adapte la seringue, dont le piston est complétement enfoncé, et l'on retire ensuite lentement celui-ci de manière à aspirer le liquide. S'il faut revenir

(1) *Nouvelles expériences sur les contre-poisons de l'arsenic.* Paris, an X, thèse in-8.

plusieurs fois à cette manœuvre, on a soin de laisser la sonde en place, et de ne retirer que la seringue pour la vider.

Il est inutile de donner un résumé d'un traitement aussi simple.

## ARTICLE XII.

### DILATATION DE L'ESTOMAC.

Il est rare qu'une dilatation considérable et permanente de l'estomac se montre à l'état de simplicité, c'est-à-dire en l'absence de toute lésion organique qui puisse expliquer la rétention des matières et la distension des parois stomacales. Cette distension et cette rétention s'observent au contraire dans un assez bon nombre de cas de cancer de l'estomac. Faut-il donc renvoyer la description de cet état morbide à l'article consacré à ce cancer, dont il est la conséquence ordinaire? Nous ne le pensons pas. Nous allons voir, en effet, qu'on a quelquefois observé la dilatation de l'estomac sans qu'on pût l'expliquer par la coarctation et l'induration du pylore ou de son voisinage. Elle devient évidemment alors une maladie particulière dont il faut connaître l'existence et dont il faut rechercher le mode de production. Nous allons, en conséquence, en exposer rapidement les principaux phénomènes, et indiquer les moyens mis en usage pour remédier aux accidents que cet état détermine. A l'article *Cancer de l'estomac*, nous avons indiqué comment le même effet est produit par une cause nouvelle, et nous avons renvoyé, pour les détails symptomatiques, à la description que nous allons tracer.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La dilatation de l'estomac, sans cause organique appréciable, est un fait rare. Malgré les recherches nombreuses faites sur ce sujet par M. Duplay (1), on ne connaît encore que quatre cas qu'on puisse regarder comme des exemples de cette affection, et encore doit-on conserver quelques doutes sur un ou deux. Cependant M. Louis (2) a constaté l'existence de cette dilatation dans neuf cas de phthisie tuberculeuse, et ce fait, qui n'a pas suffisamment fixé l'attention des autres auteurs, mérite d'être mentionné. C'est à la dilatation qu'il faut rapporter les faits publiés sous le titre d'*hydropisie de l'estomac, hydrops ventriculi* (3); car l'existence d'une véritable hydropisie de ce viscère n'est pas admissible.

#### § II. — Causes.

Les causes organiques écartées, il ne nous en reste plus qu'un petit nombre qu'on puisse regarder comme produisant la dilatation de l'estomac. Ce sont : l'*amincissement* considérable de ce viscère, l'*atrophie de ses fibres musculaires*, comme on en voit un exemple dans une observation de M. Andral (4), la *paralysie*

(1) *De l'ampliation morbide de l'estomac, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ série, t. III, p. 166 et 365).
(2) *Recherches sur la phthisie*, 2ᵉ édit. Paris, 1843, p. 69.
(3) Obs. de Jodon, rapportées par Rivière, *Opera univ.*
(4) *Clinique médicale*, 3ᵉ édit., t. II, obs. 7.

*de l'estomac*, admise dans des cas où l'on ne pouvait pas invoquer d'autre cause, et qu'on a comparée à la paralysie de la vessie, et enfin l'*ingestion immodérée* de substances solides et surtout liquides, dont Percy et Laurent (1) ont rapporté des exemples auxquels il faut joindre deux cas observés et publiés par M. Pézerat (2). Enfin, il faut ajouter à ces causes, l'*augmentation* de volume du foie qui, refoulant en bas l'estomac, le met dans des conditions favorables à sa dilatation. M. Louis a en effet constaté que deux fois seulement la dilatation de l'estomac avait lieu dans des affections chroniques autres que la phthisie et le cancer, et il a remarqué que, dans ces deux cas, il y avait précisément dans le foie une augmentation de volume très notable, comme dans les cas de phthisie.

Nous n'avons pas admis parmi ces causes l'adhérence de l'estomac aux organes environnants, et surtout au foie, parce qu'il n'est nullement démontré qu'en pareil cas il n'y eût pas de lésion organique suffisante pour expliquer la dilatation.

## § III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, M. Duplay a fait entrer l'analyse des cas dans lesquels il existait une lésion organique, aussi bien que celle des cas simples. Nous ne croyons pas devoir imiter cet exemple, parce que nous examinons la question sous un point de vue moins général.

La *pesanteur* à la région épigastrique, surtout après les repas ou après l'ingestion d'une quantité considérable de boisson, est un symptôme observé constamment; c'est peut-être celui dont les malades se plaignent le plus. On a même noté de véritables *douleurs*, mais des douleurs *sourdes*, occupant toute la région. C'est ce qui avait lieu chez un sujet dont M. Duplay (3) a rapporté l'histoire, et chez lequel l'autopsie permit de constater l'état sain du pylore. On n'a jamais noté ces douleurs vives qui se montrent dans la *dilatation brusque de l'estomac*, et surtout dans celle qui précède la rupture (4).

Parfois il existe des *nausées*, mais ce n'est guère qu'au moment où l'estomac est considérablement distendu par les aliments et les boissons, et où le vomissement doit bientôt avoir lieu. Le *vomissement* s'est montré dans tous les cas. Variable, ainsi que l'a fait remarquer M. Duplay, aux diverses époques de la maladie, il est plus fréquent dans les premiers temps, ce qui tient sans doute à la plus grande facilité avec laquelle se contracte l'estomac, dont une dilatation énorme n'a pas encore complétement détruit l'action. La *matière des vomissements* mérite une attention particulière. Dans aucun des cas où la simplicité de la dilatation a été constatée, on n'a noté les vomissements noirs ou sanglants que nous trouvons fréquemment dans le cancer. Les aliments plus ou moins mal digérés, les boissons, et une quantité ordinairement considérable de mucosités, forment cette matière des vomissements. Un sujet se plaignait de la saveur âcre des matières vomies; il avait aussi des rapports acides. Un fait qui doit être noté, et que nous retrouverons

(1) *Journal complémentaire*, Paris, 1818, t. I, et *Dictionnaire des sciences médicales*.
(2) *Journal complémentaire*, t. XXV, p. 162, et reproduits dans le mémoire de M. Duplay, obs. 5 et 12.
(3) Obs. 4 de son mémoire.
(4) Voy. l'article précédent.

quand il s'agira du *cancer de l'estomac*, c'est que, dans des cas même où les vomissements avaient lieu peu de temps après le repas, les aliments récemment pris n'étaient pas vomis. On a peine à s'expliquer ce fait, qui néanmoins a été constaté. Quelques malades provoquent eux-mêmes, en titillant la luette, ces vomissements, qui les soulagent en les débarrassant du poids incommode qu'ils sentent à la région épigastrique.

La *forme du ventre* change peu à peu, à mesure que la maladie fait des progrès. On voit d'abord l'abdomen proéminer au niveau de l'ombilic, puis plus bas, et enfin l'augmentation de volume peut être portée au point que le ventre prend la forme d'une besace, comme cela avait lieu dans un cas cité par M. Duplay, et dans plusieurs autres rapportés par les auteurs sous le nom de *polyphagie*. Tels sont, d'une manière générale, les changements que subit l'abdomen; mais, pour plus de précision, il faut examiner cette région avant et après le vomissement.

*Avant le vomissement*, la saillie dont nous venons de parler est à son maximum, et c'est alors que le ventre tend à retomber sur le haut des cuisses; *après le vomissement*, le volume de cette cavité est notablement réduit; mais lorsque la distension a été très considérable, il reste une flaccidité des parois plus ou moins marquée.

La *palpation*, lorsqu'elle est pratiquée *l'estomac étant distendu*, fait reconnaître une tumeur peu résistante, mal circonscrite, qui, partant de l'hypochondre gauche, se porte vers l'épine iliaque du même côté, et de là remonte vers l'hypochondre droit. M. Louis a pu reconnaître la petite courbure qui était descendue au-dessous de l'ombilic, et formait ainsi un arc de cercle assez considérable s'étendant d'un hypochondre à l'autre. Dans les cas observés par cet auteur, il s'agissait de véritables cancers de l'estomac, mais les choses se passant de même dans ceux où la cause n'est pas une lésion organique profonde, on peut leur appliquer cette observation. Cette disposition anormale des parties s'explique facilement. L'estomac étant fixé par ses deux extrémités cardiaque et pylorique, la partie moyenne obéit seule à la pesanteur, et subit seule le déplacement que nous venons d'indiquer.

Lorsque la distension est très considérable, on peut, *à la simple vue*, reconnaître cet état de l'estomac, dont la saillie, à travers les parois de l'abdomen, conserve la forme primitive de l'organe. Après un vomissement abondant, ces signes disparaissent en partie, pour se montrer de nouveau bientôt après.

Un autre signe qu'il est important de rechercher, c'est la *fluctuation*. Elle se produit facilement à l'aide du *ballottement*, par la raison que l'estomac est occupé en partie par les liquides et en partie par des gaz. Tantôt elle est obscure, tantôt évidente; assez souvent elle est accompagnée d'un bruit de *gargouillement* ou de *glouglou* aussi sensible pour le malade que pour le médecin. On a vu des sujets qui, par la simple contraction de l'abdomen, pouvaient produire ce phénomène; la plupart l'entendent lorsqu'ils font des mouvements un peu rapides, et surtout lorsque, étant couchés, ils se retournent brusquement. On n'a pas songé à pratiquer la *succussion;* il est plus que probable qu'elle doit produire le même phénomène que dans les cas de *pneumo-hydrothorax* (1).

(1) C'est, en effet, ce que nous avons eu occasion de constater récemment chez un sujet affecté de cancer de l'estomac.

Quelques sujets éprouvent une sensation particulière qui mérite d'être mentionnée. Lors de l'ingestion des liquides, ils les sentent *descendre profondément*, et jusque vers le petit bassin. C'est surtout lorsque les boissons ont une température très basse que cette sensation est éprouvée. Ces signes, comme les précédents et comme ceux qui vont suivre, disparaissent en partie après les vomissements abondants, ce qu'il était à peine nécessaire de dire, puisqu'ils dépendent tous de la plus ou moins grande accumulation des matières, mais ce qu'il ne faut pas perdre de vue, parce que cette particularité est importante pour le diagnostic. Si l'on voulait les rendre plus évidents, on pourrait faire avaler une certaine quantité de liquide; mais ce moyen, dont on a tant abusé dans des expériences faites sur la percussion, est loin d'être indispensable, puisque, en suivant la marche de la maladie, on est sûr de voir bientôt tous ces phénomènes se produire.

La *percussion* peut être d'un grand secours pour reconnaître cet état de l'estomac. On trouve, vers l'épigastre ou vers l'ombilic, suivant que la petite courbure est plus ou moins abaissée, un son clair résultant de la présence des gaz à la partie supérieure; puis le niveau du liquide à une hauteur variable, suivant l'abondance des boissons prises. Ce niveau transversal, lorsque le malade est à son séant, donne le son humorique résultant du contact des gaz et du liquide. Ce bruit est, comme on sait, un peu argentin et semblable à celui qu'on produit en rapprochant les deux paumes des mains, de manière à laisser un peu d'air dans leur intervalle, et en donnant avec le dos de l'une d'elles un coup sec sur le genou. Enfin vient le son mat dû à la présence du liquide. Ce son mat s'étend jusqu'en bas, et peut faire reconnaître la grande courbure, lorsqu'elle n'atteint pas le petit bassin.

En faisant varier la position du malade, on obtient des changements encore reconnaissables par la percussion. S'il se couche sur le dos, l'étendue du son clair augmente, parce que les gaz se portent vers la paroi antérieure de l'abdomen; quand il est couché sur le côté gauche, on trouve le son clair vers l'hypochondre, ou vers le flanc droit, et le niveau du liquide est oblique de haut en bas et de gauche à droite; quand il se couche sur le côté droit, le résultat est opposé. On peut, en pratiquant ainsi la percussion, suivre les progrès de l'accumulation du liquide; mais il n'est réellement pas nécessaire d'apporter une aussi minutieuse précision dans l'examen, les autres signes étant plus que suffisants pour faire connaître les variations et les progrès de l'affection.

Tels sont les symptômes locaux. Quant à ceux qui ont leur siége dans un point plus ou moins éloigné, ou qui sont purement fonctionnels, ils sont en petit nombre ou se rapportent à une affection organique profonde dont l'ampliation morbide de l'estomac n'est qu'une conséquence, c'est-à-dire au cancer.

Si nous ne considérons que les cas dans lesquels la maladie a été simple, nous voyons que l'*état de la langue* ne présente rien de particulier, ou plutôt qu'il est normal; que l'*appétit* est ordinairement augmenté, et quelquefois à un point extrêmement considérable : c'est ce que l'on observe à un haut degré dans les cas de *polyphagie*, dont les auteurs précédemment cités nous ont laissé des exemples. Il est rare, dans les cas dont il s'agit, que l'*état général* souffre beaucoup; cependant, comme on peut en juger par les observations, il n'y a aucun rapport entre la quantité énorme d'aliments que prennent certains sujets et l'embonpoint qu'ils

présentent. Ils sont dans une espèce de *langueur*, ou plutôt de *torpeur* qui annonce l'embarras de la digestion.

Lorsque les vomissements deviennent fréquents, les *digestions* se font mal ; la *constipation* devient opiniâtre, et l'on observe un *dépérissement* marqué. Il est rare néanmoins que les malades succombent à cette affection à son état de simplicité ; on peut même dire qu'il n'existe aucun fait authentique qui prouve qu'elle a seule occasionné la mort. Dans les cas cités, on a trouvé des altérations plus ou moins profondes d'autres organes, et, en particulier, du cœur et des poumons, qui ont rendu compte de la terminaison fatale.

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est lente, et, dans les premiers temps, les malades n'y font presque pas attention. La pesanteur à l'épigastre et la difficulté des digestions sont les seuls symptômes qui existent, en effet, pendant longtemps ; mais peu à peu la force de contraction de l'estomac étant vaincue, les matières s'accumulent en plus ou moins grande abondance ; elles sont plus difficilement chassées à travers le pylore, les vomissements surviennent, et l'affection prend un aspect sérieux.

Cette marche de la maladie est en rapport avec les changements de forme et de volume de l'estomac, et, ainsi que l'a fait remarquer M. Duplay, l'accumulation des matières, qui d'abord n'était qu'une simple conséquence du défaut de contractilité de l'estomac, finit par être elle-même un des obstacles les plus puissants à cette contraction, et, par suite, une des causes les plus efficaces de l'ampliation.

La *durée* de la maladie est illimitée, mais on peut dire en général qu'elle est toujours très considérable.

Quant à sa *terminaison*, on ne peut guère attribuer à l'ampliation de l'estomac elle-même la mort des malades ; d'un autre côté, M. Duplay a cité quelques cas de guérison que nous aurons occasion de rappeler à l'article du traitement : nouvelle preuve qu'il faut séparer avec soin la dilatation simple de l'estomac de la dilatation suite d'une lésion organique, car l'une et l'autre ont une gravité bien différente, et sont loin d'avoir le même degré d'importance pour le praticien.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de l'ampliation morbide de l'estomac, telle que je la décris ici, sont fort simples. D'abord on trouve les changements de volume et de forme qu'il était possible de distinguer pendant la vie à travers les parois abdominales. Les deux orifices de l'estomac se trouvent rapprochés l'un de l'autre, et le viscère est réellement suspendu à ses deux extrémités plus ou moins tiraillées. La petite courbure, formant un arc de cercle beaucoup plus étroit, se trouve portée au-dessous du niveau de l'ombilic, et la grande courbure occupe en grande partie les fosses iliaques et le grand bassin ; il en résulte que l'épiploon est presque complétement effacé, et que les intestins, plus ou moins comprimés, se trouvent cachés par la poche énorme formée par l'estomac. Quant aux parois de celui-ci, on les a trouvées amincies, transparentes. On a vu les fibres musculaires écartées et quelquefois détruites aux environs du pylore. Dans ce dernier cas, on peut avoir quel-

ques doutes sur la nature de la maladie, et croire que l'ulcération n'était pas simple, comme on l'a pensé. Plus loin nous exposerons en peu de mots les différences qui existent dans les lésions anatomiques entre les cas de dilatation simple et de dilatation suite du cancer. La cavité de l'estomac renferme une quantité ordinairement considérable de matières accumulées : ce sont des aliments plus ou moins altérés par la digestion, des boissons, des mucosités, et quelquefois des corps étrangers, tels que des cailloux, du plâtre, divers instruments, comme des couteaux, des cuillers, etc., ainsi qu'on l'a observé dans les cas de polyphagie.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

On a cité un certain nombre d'erreurs de diagnostic qui sont célèbres dans la science. Ainsi, dans le siècle dernier, on admit l'existence d'une *grossesse* chez une femme qui n'avait autre chose qu'une ampliation morbide de l'estomac. Dans un autre cas on fit la ponction, croyant avoir affaire à une *ascite* (1). Aujourd'hui on évitera facilement ces erreurs. Il est même presque inutile d'indiquer le diagnostic de la *grossesse* et de la maladie qui nous occupe : dans la grossesse, l'existence de la tumeur à la partie moyenne et inférieure du ventre, sa consistance, sa convexité supérieure, l'absence de tout changement par le déplacement, l'auscultation qui fait découvrir les battements du cœur du fœtus ainsi que le bruit placentaire, et enfin le toucher du col, sont plus que suffisants pour écarter toute cause d'erreur.

Le diagnostic de la dilatation de l'estomac et de l'*hydropisie ascite* mérite un peu plus notre attention. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il existe un son clair au-dessus de l'ombilic et un son mat vers les parties déclives ; dans l'un et l'autre cas, il y a une fluctuation plus ou moins sensible, et la forme du ventre pourrait paraître à peu près la même à un examen peu approfondi ; mais voici comment on distinguera ces deux états morbides. Dans l'ascite, la matité due à la présence du liquide se fait d'abord reconnaître à l'hypogastre et dans les flancs. Dans les cas de dilatation de l'estomac, elle occupe primitivement la partie moyenne de l'abdomen, et l'on peut par la percussion déterminer au-dessous de la grande courbure le son propre aux intestins. En outre, le niveau du liquide ne présente pas une courbe à concavité supérieure, comme dans les cas d'ascite ; il est transversal. Ces signes font suffisamment distinguer ces deux affections, lorsque l'ampliation de l'estomac n'est pas portée au plus haut degré, et lorsque la grande courbure n'est pas encore descendue jusque dans le bassin.

Dans ce second cas, il faut observer attentivement la forme du ventre. On peut, en effet, par la palpation ou à la simple vue, reconnaître la forme de l'estomac ; on suit la rénitence ou la saillie déterminée par la petite courbure au-dessous de l'ombilic, puis on voit, dans les deux flancs et à l'hypogastre, des espèces de voussures formées par l'organe distendu, et dont la plus considérable correspond à la grosse tubérosité de l'estomac. De plus, nous avons dit que, dans les cas de dilatation stomacale, le ballottement déterminait le bruit de gargouillement et de glouglou :

(1) Chaussier, *Mémoire sur les fonctions du grand épiploon* (*Mémoires de l'Acad. de Dijon*, 1784).

c'est ce que l'on n'observe pas dans l'ascite, dans laquelle la véritable fluctuation est au contraire beaucoup plus manifeste; enfin, et c'est là le point le plus important, l'état des parties, après le vomissement, vient éclairer le médecin de manière à ne lui laisser aucun doute.

Après le vomissement, qui est un des caractères de la dilatation de l'estomac, on voit, en effet, se dissiper en partie tous les symptômes locaux. Dans l'ascite, ou bien il n'y a point de vomissements, ce qui est le plus ordinaire, ou s'il y en a, l'état de l'abdomen reste le même. En outre, on peut quelquefois par la percussion reconnaître le volume et la position de l'estomac dans l'ascite, ce qui permet de constater qu'il y a deux matités : l'une due au liquide contenu dans l'estomac, l'autre au liquide contenu dans le péritoine, et alors il ne peut plus y avoir la moindre hésitation.

Reste maintenant à rechercher si l'on peut distinguer les cas où la dilatation est simple de ceux où elle est la suite d'un *cancer de l'estomac;* mais nous croyons devoir renvoyer ce diagnostic différentiel à l'article précédent, où nous avons étudié les symptômes du cancer.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Nous ne pensons pas qu'il soit utile de rappeler ce que nous avons dit à propos du diagnostic différentiel de la dilatation de l'estomac et de la grossesse : la distinction est aujourd'hui trop facile. Nous poserons les principaux caractères différentiels de cette dilatation et de l'ascite.

*Signes distinctifs de la dilatation de l'estomac et de l'hydropisie ascite.*

| DILATATION DE L'ESTOMAC. | ASCITE. |
|---|---|
| Lorsque l'affection est peu avancée, il reste encore le *son intestinal au-dessous de la grande courbure.* | Son *mat dans l'hypogastre* et les fosses iliaques. |
| A une époque plus avancée, on peut *sentir la petite courbure* au-dessous de l'ombilic, ou distinguer sa saillie. | *Aucune saillie circulatoire* semblable à celle de la petite courbure. |
| *Diverses saillies* dues à la distension de l'estomac. | Ventre *uniformément* développé. |
| Par le ballottement, on détermine le bruit de *gargouillement* ou de *glouglou:* fluctuation ordinairement *obscure.* | *Pas de gargouillement* ou de *glouglou.* Fluctuation évidente, à moins de circonstances particulières. |
| *Vomissements* après lesquels *diminution plus ou moins notable* des symptômes locaux. | Dans l'ascite, *pas de vomissements,* ou s'il en existe, ils n'ont *aucune influence sur l'état de l'abdomen.* |

*Pronostic.* —La terminaison de la maladie n'a pas par elle-même une gravité très notable; cependant on peut concevoir qu'il arrive un moment où la dilatation de l'estomac est telle qu'on ne peut plus y porter remède. Toutes choses égales d'ailleurs, l'ampliation due à l'ingestion d'une trop grande quantité d'aliments ou de boisson est la moins grave. Nous allons voir tout à l'heure qu'on a pu assez facilement y remédier en pareil cas.

## § VII. — Traitement.

*Abstinence des aliments et des boissons.* — Le traitement qui a le plus complé-
nent réussi dans cette maladie est l'*abstinence* plus ou moins prolongée, et
suite la persistance dans un genre de vie sobre et réglé. M. Pézera a cité un fait
s curieux sous ce point de vue. Il s'agit d'une femme de trente ans dont le
ntre avait le volume qu'il présente au dernier terme de la grossesse. L'examen
entif fit reconnaître l'ampliation morbide de l'estomac, et les renseignements
is sur la malade apprirent qu'elle ingérait chaque jour plus d'aliments qu'il n'en
idrait pour sustenter deux ou trois manœuvres, et que même elle en aurait pris
ie plus grande quantité si elle en avait eu à sa disposition. Il suffit de quinze jours,
ndant lesquels on tint la malade à la demi-portion, pour ramener l'estomac à son
at normal, et ensuite, tant que cette femme vécut avec sobriété elle se vit débar-
ssée de son mal; mais elle présenta de nouveau les mêmes symptômes toutes les
is qu'elle voulut satisfaire complétement son appétit. Dans un autre cas cité par le
ême auteur, et où la maladie paraît avoir été déterminée par l'ingestion habi-
elle d'une énorme quantité de boissons, on voyait l'ampliation morbide de l'esto-
ac se dissiper en très grande partie dès que le malade diminuait la quantité du
quide, et reparaître dès qu'il revenait à ses habitudes qu'il ne voulut pas abandon-
er. On voit donc que l'abstinence des aliments et des boissons est un moyen qu'il
ut avoir soin de recommander; mais il ne faudrait pas mettre trop promptement
s malades à une diète sévère, car il est certain qu'ils ne pourraient pas la sup-
orter.

*Excitants et toniques.* — L'état de faiblesse qu'on a supposé exister dans l'esto-
ac a engagé à recourir aux *excitants* et aux *toniques*; pour cela, on prescrit une
etite quantité d'extrait de *quinquina*, des infusions aromatiques, et en particulier
infusion de *sauge*, les *alcooliques*, les *ferrugineux*, et entre autres le carbonate
e fer à la dose de 1 à 4 grammes; enfin les *amers*, tels que l'infusion de houblon,
e petite centaurée, de gentiane. Cependant il ne faut pas croire qu'on puisse indif-
éremment employer ces moyens, sur la valeur desquels nous sommes, du reste,
ien loin d'être fixés; nous voyons, en effet, dans un cas observé par M. Guyot, le
in et les autres alcooliques aggraver tous les accidents, tandis qne les substances
ouces étaient facilement supportées; il est vrai qu'il n'est pas parfaitement dé-
nontré que dans ce cas il ne fût pas question d'un cancer de l'estomac, et non
'une dilatation simple.

*Purgatifs.* — Les purgatifs doux ont été mis en usage dans un double but. On
eu, en effet, l'intention d'évacuer par l'intestin les matières accumulées dans l'es-
omac, et de vaincre en même temps la constipation, symptôme ordinaire de l'affec-
ion dont nous parlons. Rien ne prouve encore qu'on ait atteint ce double but par
e moyen.

*Strychnine.* — Dans les cas où l'on a supposé l'existence d'une véritable paralysie
le l'estomac, on a administré la strychnine; mais les essais sur ce point sont encore
bien peu nombreux et ne nous apprennent rien de positif. Dans un des cas obser-
vés par M. Duplay, ce remède fut prescrit, mais ne put être continué de manière à
produire des résultats évidents, parce que le malade voulut quitter l'hôpital. La

strychnine peut être administrée, dans ces cas, en pilules. On commencera par des pilules de 5 milligrammes, dont on donnera une par jour; puis, tous les deux ou trois jours, on pourra élever graduellement la dose, sans chercher à dépasser huit ou dix pilules. On peut encore appliquer un vésicatoire à la région épigastrique, et le panser chaque jour avec une dose de 1 à 3 et 4 centigrammes de poudre de strychnine.

*Vomitifs.* — Un moyen palliatif consiste à provoquer artificiellement le vomissement. Nous avons vu, en effet, qu'après un vomissement copieux les malades se sentaient notablement soulagés; aussi, le plus souvent, n'hésitent-ils pas eux-mêmes à se procurer ce soulagement, et ils se font vomir par la titillation de la luette. Un vomitif administré par le médecin, lorsque l'accumulation des matières est portée à l'extrême, dissipe d'abord les principaux accidents, et permet ensuite d'avoir recours aux moyens précédemment indiqués. Souvent il suffit de faire ingérer quelques verres d'*eau tiède et de titiller la luette* avec les barbe d'une plume.

*Régime.* — Enfin il faut prescrire un régime composé d'aliments nutritifs sous le plus petit volume possible; les viandes noires rôties en formeront par conséquent la base. Dans les cas où le ventre aurait acquis un volume et une flaccidité considérables, une ceinture élastique serait utile, en maintenant les organes et en exerçant une douce compression.

Il est inutile de donner des ordonnances pour un traitement aussi simple, le résumé sommaire suffira pour rappeler au lecteur les principaux moyens à mettre en usage.

### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Diminution notable de la quantité des aliments et des boissons; légers excitants; toniques; ferrugineux; amers; légers purgatifs; strychnine; vomitifs; régime.

FIN DU TROISIÈME VOLUME.

# TABLE DES MATIÈRES

## CONTENUES DANS LE TROISIÈME VOLUME.

LIVRE SEPTIÈME.

MALADIES DES VOIES DIGESTIVES.   418

FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME.

---

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

# CATALOGUE

DES

# LIVRES DE MÉDECINE

**CHIRURGIE, ANATOMIE, PHYSIOLOGIE,**

**HISTOIRE NATURELLE, CHIMIE, PHARMACIE,**

**ART VÉTÉRINAIRE,**

QUI SE TROUVENT CHEZ

## J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

**LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,**

**Rue Hautefeuille, 19.**

(CI-DEVANT RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.)

## A PARIS.

---

NOTA. Une correspondance suivie avec l'Angleterre et l'Allemagne permet à MM. J.-B. BAILLIÈRE et FILS d'exécuter dans un bref délai toutes les commissions de librairie qui leur seront confiées. (*Écrire franco.*)

Tous les ouvrages portés dans ce Catalogue sont expédiés par la poste, dans les départements et en Algérie, *franco* et sans augmentation sur les prix désignés.— Prière de joindre à la demande des *timbres-poste* ou un *mandat* sur Paris.

**Londres,**
HIPPOLYTE BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET;

**New-York,**
BAILLIÈRE BROTHERS, 440, BROADWAY;

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

---

N° 4. **AOUT 1859.**

*Sous presse, pour paraître prochainement :*

**Dictionnaire de médecine légale, de jurisprudence et de police médicales**, par le docteur AMBROISE TARDIEU, professeur agrégé de médecine légale à la Faculté de médecine, médecin assermenté près les tribunaux, médecin des hôpitaux, 2 vol. in-8.

**L'École de Salerne**, ou l'Art de vivre longtemps; traduction nouvelle, en vers français, par CH. MEAUX-SAINT-MARC, 1 beau vol. grand in-18 avec figures.

**Des méthodes de traitement de la folie adoptées dans les principaux asiles d'Angleterre**, par le docteur CONOLLY, traduit de l'anglais et augmenté d'un Précis sur l'avenir des établissements d'aliénés en France, et principalement des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, par M. BATTEL, chef de division à l'administration de l'assistance publique, 1 vol. in-8.

**Description des animaux sans vertèbres découverts dans le bassin de Paris**, pour servir de supplément à la Description des coquilles des environs de Paris, et contenant une revue générale de toutes les espèces actuellement connues, par M. G.-P. DESHAYES, membre de la Société géologique de France.

Cet ouvrage formera environ 40 livraisons, in-4, chacune de 40 pages avec 5 planches. Prix de la livraison. 5 fr.

Les livraisons 1 à 18 sont en vente.

**Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale** comprenant la Géographie et les stations thermales, la pathologie thérapeutique, la chimie analytique, l'histoire naturelle, l'aménagement des sources, l'administration thermale, etc., par MM. DURAND-FARDEL, inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, E. LE BRET, inspecteur des eaux d'Uriage, J. LEFORT, pharmacien, avec la collaboration de JULES FRANÇOIS, ingénieur en chef des mines pour les applications de la science de l'Ingénieur à l'hydrologie médicale. 2 forts volumes in-8, publiés en six livraisons à 3 fr chaque.

Les livraisons 1 et 2 sont en vente. Aussitôt l'ouvrage complet, le prix sera porté à 20 fr.

**Éléments de zoologie médicale**, comprenant la description détaillée des animaux utiles en médecine, et des espèces nuisibles à l'homme, particulièrement des venimeuses et des parasites, précédés de considérations générales sur l'organisation et la classification des animaux et d'un résumé sur l'histoire naturelle de l'homme, etc., par MOQUIN-TANDON, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Institut Paris, 1859, 1 vol. in-18 jésus, avec 100 figures intercalées dans le texte.

**Traité d'anatomie générale**, normale et pathologique chez l'homme et les principaux mammifères (Histoire des éléments anatomiques des tissus et Histologie) par le docteur CH. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur d'anatomie générale et de microscopie. 2 vol. grand in-8 accompagnés d'un atlas de 40 planches gravées.

**Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale**, ou Description et Iconographie pathologique des altérations morbides, tant liquides que solides, observées dans le corps humain, par H. LEBERT, professeur de clinique médicale à l'université de Zurich, membre des Sociétés anatomique, de biologie, de chirurgie et médicale d'observation de Paris, etc. Paris, 1855-1860. 2 vol. in-folio de texte et environ 200 planches gravées, dessinées d'après nature et la plupart coloriées.

Le tome I^er^, texte, 760 pages, et tome I^er^, planches 1 à 94, sont complets en 20 livraisons.

Le tome II comprendra les livraisons XXI à XL, avec les planches 95 à 200.

Il se publie par livraisons, chacune composée de 30 à 40 pages de texte sur beau papier vélin et de 5 planches in-folio gravées et coloriées.

Les livraisons 1 à 30 sont en vente. Prix de la livraison : 15 fr.

**Traité pratique des maladies du foie**, par FRERICHS, professeur à l'Université de Berlin, traduction de MM les docteurs Dumesnil et Pellagot, revue par l'auteur. Paris, 1860; 1 vol. in-8 d'environ 600 pages avec figures intercalées dans le texte.

---

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

# LIVRES DE FONDS.

**ABEILLE.** **Traité des hydropisies et des kystes** ou des Collections séreuses et mixtes dans les cavités naturelles et accidentelles, par le docteur J. ABEILLE, médecin de l'hôpital militaire du Roule, lauréat de l'Académie de médecine. Paris, 1852. 1 vol. in-8 de 640 pages. 7 fr. 50

**AMETTE.** **Code médical**, ou Recueil des Lois, Décrets et Règlements sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France, par AMÉDÉE AMETTE, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris. *Troisième édition*, revue et augmentée. Paris, 1859. 1 vol. in-12 de 560 pages. 4 fr.

Ouvrage traitant des droits et des devoirs des médecins. Il s'adresse à tous ceux qui étudient, enseignent ou exercent la médecine, et renferme dans un ordre méthodique toutes les dispositions législatives et réglementaires qui les concernent.

**AMYOT.** **Entomologie française.** Rhyncotes. Paris, 1848, in-8 de 500 pages, avec 5 planches. 8 fr.

**ANGLADA.** **Traité de la contagion** pour servir à l'histoire des maladies contagieuses et des épidémies, par CHARLES ANGLADA, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1853, 2 vol. in-8. 12 fr.

† **ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE**, par MM. ADELON, ANDRAL, BOUDIN, BRIERRE DE BOISMONT, CHEVALLIER, DEVERGIE, GAULTIER DE CLAUBRY, GUÉRARD, LÉVY, MÊLIER, DE PIÉTRA-SANTA, Amb. TARDIEU, TRÉBUCHET, VERNOIS, VILLERMÉ.

**Les Annales d'hygiène publique et de médecine légale**, dont la **seconde série** a commencé avec le cahier de janvier 1854, paraissent régulièrement tous les trois mois par cahiers de 15 à 16 feuilles in-8 (environ 250 pages), avec des planches gravées.

Le prix de l'abonnement par an pour Paris, est de : 18 fr.

Pour les départements : 20 fr. — Pour l'étranger : 24 fr.

**La première série**, collection complète (1829 à 1853), dont il ne reste que peu d'exemplaires, 50 vol. in-8, figures, prix : 450 fr. Les dernières années séparément; prix de chaque. 18 fr.

**Tables alphabétiques** par ordre des matières et par noms d'auteurs des Tomes I à L (1829 à 1853). Paris, 1855. in-8 de 136 pages à 2 colonnes. 3 fr. 50

**ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE**, publiées par MM. BÉGIN, chirurgien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, le docteur MARCHAL (de Calvi); VELPEAU, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris; VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi. Paris, 1841 à 1845. 15 vol. in-8, figures. 40 fr.

Chaque année séparément, 3 vol. in-8. 12 fr.

**ANNUAIRE DE CHIMIE**, comprenant les applications de cette science à la médecine et à la pharmacie, ou Répertoire des découvertes et des nouveaux travaux en chimie faits dans les diverses parties de l'Europe; par MM. E. MILLON, J. REISET, avec la collaboration de M. le docteur F. HOEFER et de M. NICKLÈS Paris, 1845-1851, 7 vol. in-8 de chacun 700 à 800 pages. 15 fr.

Les années 1845, 1846, 1847, se vendent chacune séparément 2 fr. 50 le volume.

**ANNUAIRE DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES DE LA PEAU.** Recueil contenant : 1° Une série de travaux originaux; 2° l'analyse critique détaillée des ouvrages et articles de journaux parus dans l'année, sur les maladies vénériennes et cutanées, par P. DIDAY et J. ROLLET, chirurgiens en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon. *Année* 1858. Paris, 1859, in-8. 4 fr.

**ARCHIVES ET JOURNAL DE LA MÉDECINE HOMŒOPATHIQUE**, publiés par une société de médecins de Paris. *Collection complète* Paris, 1834-1837. 6 vol in 8. 30 fr.

**AUBERT-ROCHE.** **Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds**, par le docteur AUBERT-ROCHE, ex-médecin en chef au service d'Égypte. Paris, 1854. In-8 de 207 pages, avec une carte de la mer Rouge. 3 fr. 50

**BAER.** **Histoire du développement des animaux**, traduit par G. BRESCHET. Paris, 1836, in-4. 3 fr.

**BALDOU.** **Instruction pratique sur l'hydro-thérapie,** étudiée au point de vue : 1° de l'analyse clinique ; 2° de la thérapeutique générale ; 3° de la thérapeutique comparée ; 4° de ses indications et contre-indications. *Nouvelle édition*, Paris, 1857, in-8 de 691 pages. 5 fr.

**BAILLOU.** **Épidémies et éphémérides,** traduites du latin de G. de BAILLOU, célèbre médecin du XVI° siècle, doyen de la Faculté de Paris, avec une introduction et des notes par le docteur PROSPER YVAREN. Paris, 1858, in-8 de 480 pages. 7 fr. 50

**BAUDRIMONT et MARTIN SAINT-ANGE.** Recherches anatomiques et physiologiques sur le **Développement du fœtus,** et particulièrement sur l'évolution embryonnaire des oiseaux et des batraciens. Paris, 1851, 1 vol. in-4 avec 18 planches gravées et coloriées. 20 fr

**BAYLE.** **Bibliothèque de thérapeutique,** ou Recueil de mémoires originaux et des travaux anciens et modernes sur le traitement des maladies et l'emploi des médicaments, recueillis et publiés par A.-L.-J. BAYLE, D. M. P., agrégé et sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine. Paris, 1828-1837, 4 forts vol. in-8. 12 fr.

**BAZIN.** **Du système nerveux, de la vie animale et de la vie végétative,** de leurs connexions anatomiques et des rapports physiologiques, psychologiques et zoologiques qui existent entre eux, par A. BAZIN, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, etc. Paris, 1841, in-4, avec 5 planches lithographiées. 8 fr.

**BEAU.** **Traité clinique et expérimental d'auscultation** appliquée à l'étude des maladies du poumon et du cœur, par le docteur J.-H.-S. BEAU, médecin de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1856, 1 vol. in-8 de 626 pages. 7 fr. 50

**BEAUVAIS.** **Effets toxiques et pathogénétiques de plusieurs médicaments** sur l'économie animale dans l'état de santé, par le docteur BEAUVAIS (de Saint-Gratien). Paris, 1845, in-8 de 420 pages. Avec huit tableaux in-folio. 7 fr.

**BEAUVAIS.** **Clinique homœopathique,** ou Recueil de toutes les observations pratiques publiées jusqu'à nos jours, et traitées par la méthode homœopathique. *Ouvrage complet.* Paris, 1836-1840, 9 forts vol. in-8. 45 fr.

**BÉGIN.** **Études sur le service de santé militaire en France,** son passé, son présent et son avenir, par le docteur L.-J. BÉGIN, chirurgien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées. Paris, 1849, in-8 de 370 pages. 4 fr. 50

**BÉGIN.** **Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire.** par le docteur L.-J. BÉGIN, *deuxième édition*, augmentée. Paris, 1838, 3 vol. in-8. 20 fr.

**BÉGIN.** **Application de la doctrine physiologique à la chirurgie,** par le docteur L.-J. BÉGIN. Paris, 1823, in-8. 1 fr. 50

**BÉGIN.** **Quels sont les moyens de rendre en temps de paix les loisirs du soldat français plus utiles à lui-même, à l'État et à l'armée,** sans porter atteinte à son caractère national ni à l'esprit militaire, par L.-J. BEGIN. Paris, 1843, in-8. 1 fr.

**BELMAS.** **Traité de la cystotomie sus-pubienne.** Ouvrage basé sur près de cent observations tirées de la pratique du docteur Souberbielle. Paris, 1827, in-8. fig. 3 fr.

**BENOIT.** **Traité élémentaire et pratique des manipulations chimiques,** et de l'emploi du chalumeau, suivi d'un Dictionnaire descriptif des produits de l'industrie susceptibles d'être analysés ; par É. BENOIT. Paris, 1854, 1 vol. in-8 8 fr.

Ouvrage spécialement destiné aux agents de l'administration des douanes, aux négociants, aux personnes qui s'occupent de la recherche des falsifications, ou qui veulent faire de la chimie pratique.

**BERNARD.** **Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine,** faites au Collége de France, par Cl. BERNARD, membre de l'Institut de France, professeur au Collége de France, professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences. Paris, 1855-1856, 2 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte. 14 fr.
Le Tome II. Paris, 1856, in-8 avec figures. 7 fr.

**BERNARD.** **Cours de médecine du Collége de France,** *Des effets des substances toxiques et médicamenteuses*, par Cl. BERNARD, membre de l'Institut de France. Paris, 1857, 1 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte. 7 fr.

**BERNARD.** **Cours de médecine du Collége de France**, *Physiologie et pathologie du système nerveux*, par Cl. BERNARD, membre de l'Institut. Paris, 1858. 2 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte. 14 fr.

**BERNARD** (Cl.). **Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des différents liquides de l'organisme**, par CL. BERNARD. Paris, 1859, 2 vol. in-8 avec fig. intercalées dans le texte. 14 fr.

**BERNARD** (Cl.). **Mémoire sur le pancréas** et sur le rôle du suc pancréatique dans les phénomènes digestifs, particulièrement dans la digestion des matières grasses neutres, Paris, 1856, in-4 de 190 pages, avec 9 planches gravées, en partie coloriées. 12 fr.

**BERTON.** **Traité pratique des maladies des enfants**, depuis la naissance jusqu'à la puberté, fondé sur de nombreuses observations cliniques, et sur l'examen et l'analyse des travaux des auteurs qui se sont occupés de cette partie de la médecine, par le docteur A. BERTON, avec des notes de BARON, médecin de l'hôpital des Enfants-Trouvés, etc. *Deuxième édition.* Paris, 1842, 1 vol. in-8 de 820 pages. 4 fr.

**BERTRAND** (L.). **Traité du suicide** dans ses rapports avec la philosophie, la théologie, la médecine et la jurisprudence. *Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine.* Paris, 1857, 1 vol. in-8 de 420 pages. 5 fr.

**BERZÉLIUS.** **De l'emploi du chalumeau** dans les analyses chimiques et les déterminations minéralogiques; traduit du suédois, par F. FRESNEL. Paris, 1842, 1 vol. in-8, avec 4 planches. 6 fr. 50

**BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN**, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, de tous les mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger, par une société de médecins, sous la direction du docteur FABRE, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux.* — Ouvrage adopté par l'Université, pour les Facultés de médecine et les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France; et par le Ministère de la guerre, sur la proposition du Conseil de santé des armées, pour les hôpitaux d'instruction. Paris, 1843-1851. *Ouvrage complet*, 15 vol. gr. in-8, de chacun 700 p. à deux colonnes. Prix de chaque : 8 fr. 50

Les tomes I et II contiennent les *maladies des femmes* et le commencement des *maladies de l'appareil urinaire*; le tome III, la suite des *maladies de l'appareil urinaire*; le tome IV, la fin des *maladies de l'appareil urinaire* et les *maladies des organes de la génération chez l'homme*; les tomes V et VI, les *maladies des enfants* de la naissance à la puberté (médecine et chirurgie) : c'est pour la première fois que la médecine et la chirurgie des enfants se trouvent réunies; le tome VII, les *maladies vénériennes*; le tome VIII, les *maladies de la peau*; le tome IX, les *maladies du cerveau, maladies nerveuses* et *maladies mentales*; le tome X, les *maladies des yeux* et des *oreilles*; le tome XI, les *maladies des organes respiratoires*; le tome XII, les *maladies des organes circulatoires*; le tome XIII, les *maladies de l'appareil locomoteur*. Le tome XIV contient : *Traité de thérapeutique et de matière médicale* dans lequel on trouve une juste appréciation des travaux français, italiens, anglais et allemands les plus récents sur l'histoire et l'emploi de substances médicales. Le tome XV contient : *Traité de médecine légale et de toxicologie* (*avec figures*) présentant l'exposé des travaux les plus récents dans leurs applications pratiques.

**Conditions de la souscription** : La Bibliothèque du médecin praticien est *complète* en 15 volumes grand in-8, sur double colonne, et contenant la matière de 45 vol. in-8. On peut toujours souscrire en retirant un volume par mois, ou acheter chaque monographie séparément. Prix de chaque volume. 8 fr. 50

**BLANDIN.** **Nouveaux éléments d'anatomie descriptive**; par F.-Ph. BLANDIN, ancien chef des travaux anatomiques, professeur de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1838, 2 forts volumes in-8. 8 fr.

*Ouvrage adopté pour les dissections dans les amphithéâtres d'anatomie de l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, et par le ministère de la guerre pour les élèves des hôpitaux militaires.*

**BLANDIN.** **Anatomie du système dentaire**, considérée dans l'homme et les animaux. Paris, 1836, in-8, avec une planche. 2 fr. 50

**BOENNINGHAUSEN** **Manuel de thérapeutique médicale homœopathique**, pour servir de guide au lit des malades et à l'étude de la matière médicale pure. Traduit de l'allemand par le docteur D. ROTH. Paris, 1846, in-12 de 600 pages. 7 fr.

**BOIVIN et DUGÈS**. **Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes**, appuyé sur un grand nombre d'observations cliniques; par madame BOIVIN, docteur en médecine, sage-femme en chef de la Maison impériale de santé, et A. DUGÈS, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1833, 2 vol. in-8, avec atlas in-folio de 41 planches, gravées et coloriées, *représentant les principales altérations morbides des organes génitaux de la femme*, avec explication. 70 fr.

— Séparément le bel atlas de 41 pl. in-fol. coloriées. 60 fr.

**BOIVIN**. **Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'avortement**, suivies d'un mémoire sur l'intro-pelvimètre, ou mensurateur interne du bassin; par madame BOIVIN. Paris, 1828, in-8, fig. 4 fr.

**BOIVIN**. **Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire**, ou Grossesse hydatique. Paris, 1827, in-8. 2 fr. 50

**BOIVIN**. **Observation sur les cas d'absorption du placenta, 1829, in-8.** 1 fr. 50

**BOIVIN**. **Mémorial de l'art des accouchements**, ou Principes fondés sur la pratique de l'hospice de la Maternité de Paris, et sur celle des plus célèbres praticiens nationaux et étrangers, avec 143 gravures représentant le mécanisme de toutes les espèces d'accouchements; par madame BOIVIN, sage-femme en chef. *Quatrième édition, augmentée*. Paris, 1836, 2 vol. in-8. 14 fr.

*Ouvrage adopté par le gouvernement comme classique pour les élèves de la Maison d'accouchements de Paris.*

**BONNET**. **Traité des maladies des articulations**, par le docteur A. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine. Paris, 1845, 2 vol. in-8, et atlas de 16 pl. in-4. 20 fr.

C'est avec la conscience de remplir une lacune dans les sciences que M. Bonnet a entrepris ce *Traité des maladies des articulations*. Fruit d'un travail assidu de plusieurs années, il peut être présenté comme l'œuvre de prédilection de cet habile chirurgien. Sa position à la tête de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lui a permis d'en vérifier tous les faits au lit du malade, à la salle d'opérations, à l'amphithéâtre anatomique, et dans un enseignement public il n'a cessé d'appeler sur ce sujet le contrôle de la discussion et de la controverse. Voilà les titres qui recommandent cet ouvrage à la méditation des praticiens.

**BONNET**. **Traité de thérapeutique des maladies articulaires**, par le docteur A. BONNET. Paris, 1853, 1 vol. de 700 pages, in-8, avec 90 pl. intercalées dans le texte. 9 fr.

Cet ouvrage doit être considéré comme la suite et le complément du *Traité des maladies des articulations*, auquel l'auteur renvoie pour l'étiologie, le diagnostic et l'anatomie pathologique. Consacré exclusivement aux questions thérapeutiques, le nouvel ouvrage de M. Bonnet offre une exposition complète des méthodes et des nombreux procédés introduits soit par lui-même, soit par les praticiens les plus expérimentés dans le traitement des maladies si compliquées des articulations.

**BONNET**. **Méthodes nouvelles de traitement des maladies articulaires.** Exposition et démonstrations faites à Paris en 1858. *Seconde édition* augmentée. Paris, 1859, in-8 de 200 pages. 3 fr.

**BOUCHARDAT**. **Du diabète sucré ou glycosurie**, son traitement hygiénique, par A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1851, in-4. 4 fr. 50

**BOUCHUT**. **Traité des signes de la mort** et des moyens de prévenir les enterrements prématurés, par le docteur E. BOUCHUT, médecin des hôpitaux de Paris. *Ouvrage couronné par l'Institut de France*. Paris, 1849, in-12 de 400 pages. 3 fr. 50

Ce remarquable ouvrage est ainsi divisé : — *Première partie :* Appréciation des faits de morts apparentes rapportées par les auteurs. — De la vie et de la mort. — De l'agonie et de la mort. — Des signes de la mort. — Signes immédiats de la mort. — Signes éloignés de la mort. — Signes de la mort apparente. — *Deuxième partie :* Quels sont les moyens de prévenir les enterrements prématurés? — Instructions administratives relatives à la vérification légale des décès dans la ville de Paris. — *Troisième partie :* 78 observations de morts apparentes d'après divers auteurs. — Rapport à l'Institut de France, par M. le docteur Rayer.

**BOUCHUT**. **Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie**, par le docteur E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1857, un beau volume grand in-8 de 1064 pages, avec figures intercalées dans le texte. 11 fr.

**BOUCHUT**. **Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle**, précédé d'un Précis sur l'hygiène et l'éducation physique des jeunes enfants, par le docteur E. BOUCHUT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie (Enfants). *Troisième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1855, 1 vol. in-8 de 856 pages. 9 fr.
*Ouvrage couronné par l'Institut de France.*

L'étude des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle exige une attention très grande dirigée par un médecin instruit. Un guide est absolument nécessaire dans l'observation des phénomènes morbides de la première enfance. A l'âge où toutes les fonctions encore incomplètes semblent essayer leurs forces, et où le moindre accident les trouble violemment, il y a toujours à craindre pour le médecin de rester en deçà et au delà de la vérité et ensuite d'agir tôt ou trop tard. La pratique de ces maladies est toute différente de la pratique des maladies de l'adulte et l'ouvrage destiné à dissiper les incertitudes qu'elle fait naître sera toujours bien accueilli des médecins.

**BOUDIN**. **Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques**, comprenant la météorologie et la géologie médicales, les lois statistiques de la population et de la mortalité, la distribution géographique des maladies, et la pathologie comparée des races humaines, par le docteur J.-CH.-M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes. Paris, 1857, 2 vol. gr. in-8, avec 9 cartes et tableaux. 20 fr.

**BOUDIN**. **Système des ambulances des armées française et anglaise**. Instructions qui règlent cette branche du service administratif et médical, par le docteur J.-CH.-M. BOUDIN. Paris, 1855, in-8 de 68 pages, avec 3 planches. 3 fr.

**BOUDIN**. **Résumé** des dispositions légales et réglementaires qui président aux opérations médicales du **recrutement, de la réforme et de la retraite** dans l'armée de terre, par le docteur J.-CH.-M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes. Paris, 1854, in-8. 1 fr. 50

**BOUDIN**. Études d'hygiène publique sur **l'état sanitaire, les maladies et la mortalité des armées anglaises** de terre et de mer en Angleterre et dans les colonies, traduit de l'anglais d'après les documents officiels. Paris, 1846, in-8 de 190 pages. 3 fr.

**BOUILLAUD**. **Traité de nosographie médicale**, par J. BOUILLAUD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. Paris, 1846, 5 vol. in-8 de chacun 700 pages. 35 fr.

**BOUILLAUD**. **Clinique médicale de l'Hôpital de la Charité**, ou Exposition statistique des diverses maladies traitées à la Clinique de cet hôpital; Paris, 1837, 3 vol. in-8. 21 fr.

**BOUILLAUD**. **Traité clinique des maladies du cœur**, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe; par J. BOUILLAUD. *Deuxième édition augmentée*. Paris, 1841, 2 forts vol. in-8, avec 8 planches gravées. 16 fr.
Ouvrage auquel l'Institut de France a accordé le grand prix de médecine.

**BOUILLAUD**. **Traité clinique du rhumatisme articulaire**, et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie. Paris, 1840, in-8. 7 fr. 50
Ouvrage servant de complément au *Traité des maladies du cœur*.

**BOUILLAUD**. **Essai sur la philosophie médicale** et sur les généralités de la clinique médicale, précédé d'un Résumé philosophique des principaux progrès de la médecine et suivi d'un parallèle des résultats de la formule des saignées coup sur coup avec ceux de l'ancienne méthode dans le traitement des phlegmasies aiguës; par J. BOUILLAUD. Paris, 1837, in-8. 6 fr.

**BOUILLAUD**. **Traité clinique et expérimental des fièvres** dites essentielles; par J. BOUILLAUD. Paris, 1826, in-8. 7 fr.

**BOUILLAUD**. **Exposition raisonnée** d'un cas de nouvelle et singulière variété d'**hermaphrodisme**, observée chez l'homme. Paris, 1833, in-8, fig. 1 fr. 50

**BOUILLAUD**. **De l'introduction de l'air dans les veines**. Rapport à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1838, in-8. 2 fr.

**BOUILLAUD**. Recherches cliniques propres à démontrer que le **sens du langage articulé** et le principe coordinateur des mouvements de la parole résident dans les lobes antérieurs du cerveau; par J. BOUILLAUD. Paris, 1848, in-8. 1 fr. 50

**BOUILLAUD**. **De la chlorose et de l'anémie**. Paris, 1859, in-8. 1 fr.

**BOUISSON.** **Traité de la méthode anesthésique** appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir, par le docteur E.-F. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Éloi, etc. Paris, 1850, in-8 de 560 pages. 7 fr. 50

**BOUISSON.** **Tribut à la chirurgie**, ou Mémoires sur divers sujets de cette science. Paris, 1858. Tome I, in-4 de 564 pages, avec 11 planches lithographiées. 12 fr.

**BOUSQUET.** **Nouveau traité de la vaccine** et des éruptions varioleuses ou varioliformes ; par le docteur J.-B. BOUSQUET, membre de l'Académie impériale de médecine, chargé des vaccinations gratuites, *Ouvrage couronné par l'Institut de France*. Paris, 1848, in-8 de 600 pages. 7 fr.

**BOUSQUET.** **Notice sur le cow-pox**, ou petite vérole des vaches, découvert à Passy en 1836, par J.-B. BOUSQUET. Paris, 1836, in-4, avec une grande planche. 2 fr.

**BOUVIER.** **Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur**, professées à l'hôpital des Enfants pendant les années 1855, 1856, 1857, par le docteur H. BOUVIER, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1858, 1 vol. in-8 de 500 pages. 7 fr.

**BOUVIER.** **Atlas des Leçons sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur**, comprenant les **Déviations de la colonne vertébrale**. Paris, 1858. Atlas de 20 planches in-folio. 18 fr.

**BOUVIER.** **Études** historiques et médicales sur l'**usage des corsets**, par M. le docteur BOUVIER. Paris, 1853, in-8. 1 fr. 50

**BREMSER.** **Traité zoologique et physiologique des vers intestinaux de l'homme**, par le docteur BREMSER ; traduit de l'allemand, par M. Grundler. Revu et augmenté par M. de Blainville, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Paris, 1837, avec atlas in-4 de 15 planches. 13 fr.

**BRESCHET.** **Mémoires chirurgicaux** sur différentes espèces d'**anévrysmes**, par G. BRESCHET, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1834, in-4, avec six planches in-fol. 10 fr.

**BRESCHET.** Recherches anatomiques et physiologiques sur l'**Organe de l'ouïe et sur l'Audition dans l'homme et les animaux vertébrés** ; par G. BRESCHET. Paris, 1836, in-4, *avec 13 planches gravées*. 10 fr.

**BRESCHET.** Recherches anatomiques et physiologiques sur l'**organe de l'Ouïe des poissons** ; par G. BRESCHET, Paris, 1838, in-4, avec 17 planches gravées. 10 fr.

**BRESCHET.** **Le Système lymphatique** considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique. Paris, 1836, in-8, avec 4 planches. 3 fr.

**BRIAND et CHAUDÉ.** **Manuel complet de médecine légale**, ou Résumé des meilleurs ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur cette matière, et des jugements et arrêts les plus récents, par J. BRIAND, docteur en médecine de la faculté de Paris, et Ernest CHAUDÉ, docteur en droit ; suivi d'un *Traité de chimie légale*, par H. GAULTIER DE CLAUBRY, professeur à l'école de pharmacie de Paris. *Sixième édition, revue et augmentée*. Paris, 1858, 1 vol. in-8 de 950 pages, avec 3 planches gravées et 60 figures intercalées dans le texte. 10 fr.

**BRIQUET.** **Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie**, par le docteur P. BRIQUET, médecin à l'hôpital de la Charité, agrégé honoraire à la Faculté de Médecine de Paris. Paris, 1859. 1 vol. in-8.

**BRONGNIART.** **Enumération des genres de plantes** cultivées au Muséum d'histoire naturelle de Paris, suivant l'ordre établi dans l'Ecole de botanique, par Ad. BRONGNIART, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut, etc. *Deuxième édition*, revue, corrigée et augmentée, avec une *Table générale alphabétique*, Paris, 1850, in-12. 3 fr.

Dans cet ouvrage indispensable aux botanistes et aux personnes qui veulent visiter avec fruit l'Ecole du jardin botanique, M. Ad. Brongniart s'est appliqué à indiquer, non-seulement les familles dont il existe des exemples cultivés au Muséum d'histoire naturelle, mais même celles en petit nombre qui n'y sont pas représentées, et dont la structure est suffisamment connue pour qu'elles aient pu être classées avec quelque certitude. La *Table alphabétique* comble une lacune que les botanistes regrettaient dans la première édition.

SAIS. **Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie**, pré-
de propositions renfermant la substance de la médecine physiologique. *Troisième*
*on*. Paris, 1828-1834, 4 forts vol. in-8. 10 fr.

SAIS. **De l'irritation et de la folie**, ouvrage dans lequel les rapports du phy-
et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique, *Deuxième*
*on*. Paris, 1839, 2 vol. in-8. 6 fr.

SAIS. **Cours de phrénologie**, fait à la Faculté de médecine de Paris. Paris,
, 1 vol. in-8 de 850 pages, fig. 6 fr.

SAIS. **Mémoire sur la philosophie de la médecine**, et sur l'influence que
avaux des médecins physiologistes ont exercée sur l'état de la médecine en
ce. Paris, 1832, in-8. 1 fr.

SAIS. **Hygiène morale**, ou Application de la Physiologie à la Morale et à l'Édu-
n, par C. BROUSSAIS. Paris, 1837, in-8. 2 fr. 50

SAIS. **De la statistique appliquée à la pathologie et à la thérapeutique**; par
ROUSSAIS. Paris, 1840, in-8. 2 fr. 50

-SÉQUARD. **Propriétés et fonctions de la moelle épinière.** Rapport sur quel-
expériences de M. BROWN-SÉQUARD, lu à la Société de biologie par M. PAUL
A, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Paris, 1856, in-8. 1 fr.

LETIN DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, publié par les soins de la
mission de publication de l'Académie, et rédigé par MM. F. DUBOIS, secrétaire
étuel, DEVERGIE, secrétaire annuel.— Paraît régulièrement tous les quinze
, par cahiers de 3 feuilles (48 pag. in-8). Il contient exactement tous les tra-
de chaque séance.

de l'abonnement pour un an *franco* pour toute la France : 15 fr.

ction du 1er octobre 1836 au 30 septembre 1858 : vingt-trois années for-
24 forts volumes in-8 de chacun 1100 pages. 180 fr.

ue année séparée in-8 de 1100 pages. 12 fr.

*letin officiel* rend un compte exact et impartial des séances de l'Académie impériale de mé-
t présentant le tableau fidèle de ses travaux, il offre l'ensemble de toutes les questions impor-
e les progrès de la médecine peuvent faire naître ; l'Académie étant devenue le centre d'une
ndance presque universelle, c'est par les documents qui lui sont transmis que tous les méde-
ent suivre les mouvements de la science dans tous les lieux où elle peut être cultivée, en
, presqu'au moment où elles naissent, les inventions et les découvertes.—L'ordre du *Bulletin*
des séances : on inscrit d'abord la correspondance soit officielle, soit manuscrite, soit impri-
ôté de chaque pièce, on lit les noms des commissaires chargés d'en rendre compte à la Com-
e rapport est-il lu, approuvé, les rédacteurs le donnent en totalité, quelle que soit son impor-
son étendue : est-il suivi de discussion, ils s'appliquent avec la même impartialité à les
re dans ce qu'elles offrent d'essentiel, principalement sous le rapport pratique. C'est dans le
seulement que sont reproduites dans tous leurs détails les discussions relatives à l'*Empyème*,
*étisme*, à la *Morve*, à la *Fièvre typhoïde*, à la *Statistique appliquée à la médecine*, à
*ction de l'air dans les veines*, au *Système nerveux*, l'*Empoisonnement par l'arsenic*,
*sation de la pharmacie*, la *Ténotomie*, le *Cancer des mamelles*, l'*Ophthalmie*, les *Injec-*
*dées*, la *Peste et les Quarantaines*, la *Taille et la Lithotritie*, les *Fièvres intermittentes*,
*dies de la matrice*, le *Crétinisme*, la *Syphilisation*, la *Surdi-mutité*, les *Kystes de l'ovaire*,
*de sous-cutanée*, la *Fièvre puerpérale*, etc. Ainsi, tout correspondant, tout médecin, tout
ui transmettra un écrit quelconque à l'Académie, en pourra suivre les discussions et connaître
nt le jugement qui en est porté.

S. **Rapports du physique et du moral de l'homme, et Lettre sur les Causes
ières**, par P.-J.-G. CABANIS, précédé d'une Table analytique, par DESTUTT
'RACY, *huitième édition*, augmentée de Notes, et précédée d'une Notice histo-
et philosophique sur la vie, les travaux et les doctrines de Cabanis, par
EISSE, Paris, 1844, in-8 de 780 pages. 6 fr.

ice biographique, composée sur des renseignements authentiques fournis en partie par la fa-
me de Cabanis, est à la fois la plus complète et la plus exacte qui ait été publiée. Cette édition
le qui contienne la *Lettre sur les causes premières*.

UT. **Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants**, par le doc-
CH. CAILLAULT, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1859, 1 vol. in-18 de
pages. 3 fr. 50

**CALMEIL. Traité des maladies inflammatoires du cerveau,** ou histoire anatomo-pathologique des congestions encéphaliques, du délire aigu, de la paralysie générale ou périencéphalite chronique diffuse à l'état simple ou compliqué, du ramollissement cérébral du local aigu et chronique, de l'hémorrhagie cérébrale localisée récente ou non récente, par le docteur L. F. CALMEIL, médecin en chef de la maison impériale de Charenton. Paris, 1859, 2 forts volumes in-8. 17 fr.

**CALMEIL. De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire,** depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au dix-neuvième siècle; description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères; exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu, par L. F. CALMEIL. Paris, 1845, 2 vol. in-8. 14 fr.

**CALMEIL. De la Paralysie considérée chez les aliénés,** recherches faites dans le service et sous les yeux de MM. *Royer-Collard* et *Esquirol;* par L.-F. CALMEIL, médecin la Maison impériale des aliénés de Charenton. Paris, 1823, in-8. 6 fr. 50

**CAP. Principes élémentaires de Pharmaceutique,** ou Exposition du système des connaissances relatives à l'art du pharmacien; par P.-A. CAP, pharmacien, membre de la Société de pharmacie de Paris. Paris, 1837, in-8. 2 fr. 50

**CARRIÈRE. Le climat de l'Italie,** sous le rapport hygiénique et médical, par le docteur ED. CARRIÈRE. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* Paris, 1849. 1 vol. in-8 de 600 pages. 7 fr. 50

Cet ouvrage est ainsi divisé : Du climat de l'Italie en général, topographie et géologie, les eaux, l'atmosphère, les vents, la température. — *Climatologie méridionale de l'Italie :* Salerne, Caprée, Massa, Sorrente, Castellamare, Resina (Portici) rive orientale du golfe de Naples, climat de Naples; rive septentrionale du golfe de Naples (Pouzzoles et Baia, Ischia), golfe de Gaete. — *Climatologie de la région moyenne de l'Italie :* Marais-Pontins et Maremmes de la Toscane; climat de Rome, de Sienne, de Pise, de Florence. — *Climat de la région septentrionale de l'Italie :* climat du lac Majeur et de Côme, de Milan, de Venise, de Gênes, de Mantoue et de Monaco, de Nice, d'Hyères, etc.

**CARUS. Traité élémentaire d'anatomie comparée,** suivi de **Recherches d'anatomie philosophique** ou **transcendante** sur les parties primaires du système nerveux et du squelette intérieur et extérieur; par C.-G. CARUS, D. M., professeur d'anatomie comparée; traduit de l'allemand et précédé d'une *esquisse historique et bibliographique de l'Anatomie comparée,* par A.-J.-L. JOURDAN. Paris, 1835. 3 forts volumes in-8 *accompagnés d'un bel Atlas de* 31 *planches gr. in-4 gravées.* 10 fr.

**CASTELNAU et DUCREST. Recherches sur les abcès multiples,** comparés sous leurs différents rapports, par H. DE CASTELNAU et J.-F. DUCREST, anciens internes des hôpitaux. *Mémoire couronné par l'Académie de médecine.* Paris, 1846, in-4. 4 fr.

**CAZAUVIEILH. Du suicide, de l'aliénation mentale** et des crimes contre les personnes, comparées dans leurs rapports réciproques. Recherches sur ce premier penchant chez les habitants des campagnes, par J.-B. CAZAUVIEILH, médecin de l'hospice de Liancourt, ancien interne de l'hospice de la Salpêtrière. Paris, 1840, in-8. 5 fr.

**CAZENAVE. Traité des maladies du cuir chevelu,** suivi de conseils hygiéniques sur les soins à donner à la chevelure, par le docteur A. CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Paris, 1850. 1 vol. in-8, avec 8 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées avec le plus grand soin. 8 fr.

— *Voyez* CHAUSIT.

**CELSE (A.-C.). Traité de la médecine** en VIII livres; traduction nouvelle par FOUQUIER, professeur de la Faculté de médecine de Paris, et RATIER. Paris, 1824, in-18 de 550 pages. 2 fr.

**CELSI (A.-C.). De re medica libri octo,** editio nova, curantibus P. FOUQUIER, in Facultate Parisiensi professore, et F.-S. RATIER, D. M. Parisiis, 1823, in-18. 2 fr.

**CHAILLY. Traité pratique de l'art des accouchements,** par M. CHAILLY-HONORÉ, membre de l'Académie impériale de médecine, ancien chef de clinique de la Clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris. *Troisième édition,* considérablement augmentée. Paris, 1853, 1 vol. in-8 de 1050 pages, accompagné de 275 figures intercalées dans le texte, et propres à faciliter l'étude. 10 fr.

*Ouvrage adopté par l'Université pour les facultés de médecine, les écoles préparatoires et les cours départementaux institués pour les sages-femmes.*

« Nous ne devons pas craindre d'avancer qu'il n'est point de livre élémentaire d'obstétrique, quelque mérite qu'il ait d'ailleurs, qui soit pour un jeune accoucheur, à qui ne manquent pas les lumières, mais à qui peut faire défaut l'expérience, un guide plus éclairé, plus sûr que ne l'est l'ouvrage de M. Chailly. Là, en effet, dans tout le cours de la grossesse, dans chaque présentation du fœtus, dans les suites de couches, partout où peuvent se manifester des accidents, sont présentés, sont clairement exposés les plus efficaces moyens d'y remédier. L'auteur est entré dans des détails de conduite que les praticiens sauront certainement apprécier. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales.*)

**CHAMBERT.** **Des effets Physiologiques et Thérapeutiques des éthers,** par le docteur H. CHAMBERT. Paris, 1848, in-8 de 260 pages. 3 fr. 50 c.

**CHASSAIGNAC.** **Traité de l'écrasement linéaire,** nouvelle méthode pour prévenir l'effusion du sang dans les opérations chirurgicales, par M.-E. CHASSAIGNAC. Paris, 1856, in-8 de 560 pages, avec 40 figures intercalées dans le texte. 7 fr.

**CHASSAIGNAC.** **Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Riboisière,** Paris, 1855-1858, 3 parties in-8, avec figures intercalées dans le texte :

— 1° **Leçons sur l'Hypertrophie des Amygdales** et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, avec 8 figures. 2 fr.

— 2° **Leçons sur la Trachéotomie,** avec 8 figures. 2 fr.

— 3° **Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales** par la méthode de l'écrasement linéaire. Paris, 1858, in-8. 2 fr. 50

**CHATIN** (G.-A.). **Anatomie comparée des végétaux,** comprenant : les plantes aquatiques ; 2° les plantes aériennes ; 3° les plantes parasites, par G.-A. CHATIN, professeur de botanique à l'École de pharmacie de Paris, 1856-1860. Se publie par livraisons de 3 feuilles de texte (48 pages) environ et 10 planches dessinées d'après nature, gravées avec soin sur papier fin, grand in-8 jésus. Prix de la livraison : 7 fr. 50

La publication se fera dans l'ordre suivant : 1° les *plantes aquatiques*, un vol. d'environ 360 pages de texte et environ 100 pl. ; 2° les *plantes aériennes* ou *épidendres* et les *plantes parasites*, un vol. d'environ 300 pages avec 100 planches.

Les livraisons 1 à 10 sont en vente.

Les livraisons 1, 2, traitent des *plantes aquatiques*.

Les livraisons 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 traitent des *plantes parasites*.

**CHAUFFARD.** **Essai sur les doctrines médicales,** suivi de quelques considérations sur les fièvres, par le docteur P.-E. CHAUFFARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1846, in-8 de 130 pages. 2 fr. 50

**CHAUSIT.** **Traité élémentaire des maladies de la peau,** d'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de M. le docteur A. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur CHAUSIT, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. Paris, 1853, 1 vol. in 8. 6 fr. 50

Le développement que M. le docteur Cazenave a donné à l'enseignement clinique des maladies de la peau, la classification qu'une grande pratique lui a permis de simplifier, et par suite les heureuses modifications qu'il a apportées dans les dernières années dans le diagnostic et le traitement des variétés si nombreuses de maladies du système cutané justifient l'empressement avec lequel les médecins et les élèves se portent à la clinique de l'hôpital Saint-Louis. Ancien interne de cet hôpital, élève particulier de M. Cazenave depuis longues années, M. le docteur Chausit a pensé qu'il ferait un livre utile aux praticiens en publiant un *Traité pratique* présentant les derniers travaux de l'habile et savant professeur.

**CHAUVEAU.** **Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques,** par A. CHAUVEAU, chef des travaux anatomiques à l'École impériale vétérinaire de Lyon. Paris, 1857, un beau volume grand in-8 de 838 pages, illustré de 207 figures intercalées dans le texte, dessinées d'après nature. 14 fr.

*Séparément* la DEUXIÈME PARTIE (*Appareils de la digestion, de la respiration, de la dépuration urinaire, de la circulation, de l'innervation, des sens, de la génération*), pages 305 à 838, complétant l'ouvrage. Prix de cette deuxième partie : 8 fr.

C'est le scalpel à la main que l'auteur, pour la composition de cet ouvrage, a interrogé la nature, ce guide sûr et infaillible, toujours sage, même dans ses écarts. M. Chauveau a mis largement à profit les immenses ressources dont sa position de chef de travaux anatomiques de l'école vétérinaire de Lyon lui permettait de disposer. Les sujets de toutes espèces ne lui ont pas manqué ; c'est ainsi qu'il a pu étudier successivement les différences qui caractérisent la même série d'organes chez les animaux domestiques, qu'ils appartiennent à la classe des Mammifères ou à celle des Oiseaux. Parmi les *mammifères* domestiques, on trouve le Cheval, l'Ane, le Mulet, le Bœuf, le Mouton, la Chèvre, le Chien, le Chat, le Dindon, le Lapin, le Porc, etc. ; parmi les *oiseaux* de basse-cour, le Coq, la Pintade, le Dindon, le Pigeon, les Oies, les Canards.

**CHOSSAT.** **Recherches expérimentales sur l'inanition**, par le docteur CH. CHOSSAT. (Ouvrage qui a remporté le prix de physiologie expérimentale à l'Académie des sciences de l'Institut.) Paris, 1844, in-4. 7 fr.

**CRUVEILHIER.** **Anatomie pathologique du corps humain**, ou Descriptions, avec figures lithographiées et coloriées, des diverses altérations morbides dont le corps humain est susceptible; par J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, président perpétuel de la Société anatomique, etc. Paris, 1830-1842. 2 vol. in-folio, avec 230 planches coloriées. 456 fr.

*Demi-reliure*, dos de maroquin, non rognés. Prix pour les 2 vol. grand in-folio. 24 fr.

Ce bel *ouvrage est complet* ; il a été publié en 41 livraisons, chacune contenant 6 feuilles de texte in-folio grand-raisin vélin, caractère neuf de F. Didot, avec 5 planches coloriées avec le plus grand soin, et 6 planches lorsqu'il n'y a que quatre planches de coloriées. Les dessins et la lithographie ont été exécutés par M. A. Chazal. Le prix de chaque livraison est de 11 fr.

*Table du contenu de chaque livraison :*

1. Maladies du placenta, des nerfs ganglionnaires, des reins, vices de conformation.
2. Maladies des vaisseaux lymphatiques, de la rate, du cerveau, pieds bots.
3. Apoplexie et gangrène du poumon, anévrysmes de l'aorte, maladies du foie, de la moelle épinière.
4. Maladies de l'estomac et des intestins, des articulations (*Goutte*), de la colonne vertébrale, de l'utérus.
5. Maladies du testicule, de l'ovaire, du larynx, du cerveau (*idiotie, apoplexie*).
6. Maladies des méninges, de la moelle épinière, du rein, du placenta, des extrémités.
7. Entérite folliculeuse, hernie étranglée, productions cornées.
8. Maladies du cerveau (*tumeurs des méninges, dure-mère, hémiplégie, atrophie, idiotie*).
9. Maladies du testicule, des articulations.
10. Maladies de l'estomac (*ramollissement, cancers, ulcères*).
11. Phlébite et abcès viscéraux; gangrène du poumon. Polypes et tumeurs fibreuses de l'utérus.
12. Maladies du foie, de l'estomac.
13. Maladies de l'utérus.
14. Choléra-morbus.
15. Absence de cervelet, hernie par le trou ovalaire; maladies de la bouche, de l'œsophage, de l'estomac, du poumon, du thymus, du pancréas, apoplexie et hydrocéphale chez les enfants.
16. Maladies du placenta, de la moelle épinière, péricardite, phlébite du foie, déplacements de l'utérus, varices des veines.
17. Maladies du cerveau, de la vessie, de la prostate, des muscles (*rhumatisme*), du cœur, des intestins.
18. Maladies des reins, du cervelet, kystes pileux de l'ovaire, fœtus pétrifiés.
19. Acéphalocystes du foie, de la rate et du grand épiploon; maladies du foie et du péritoine, cancer mélanique de la main et du cœur, maladies du fœtus.
20. Maladies du cerveau, du cœur (*péricardite*), des os (*cancer*), de l'estomac (*cicatrices et perforation*).
21. Maladies des os (*cancer, exostose*) hernie du poumon, anévrysme du cœur. Maladies du cerveau (*apoplexie*), maladies des intestins.
22. Maladies du foie, maladies de la prostate, apoplexie du cœur, maladies de l'intestin grêle (*invagination*).
23. Maladies des os et des veines. tubercules cancéreux du foie, cancer de l'utérus.
24. Maladies de l'utérus (*gangrène, apoplexie*), cancer de la mamelle chez l'homme, productions cornées, hernie ombilicale.
25. Kyste de l'ovaire, maladies du cerveau, maladie du rectum, mal. des os (*luxation*), vice de conformation (*adhésions*).
26. Cancer des mamelles, maladies de la dure-mère, des os, déplacements de l'utérus, maladies de la prostate, des intestins.
27. Cancers de l'estomac, des mamelles, de l'utérus, maladies des veines (*phlébite*), maladies des artères (*gangrène spontanée*).
28. Maladies des artères (*anévrysmes*), du cœur, maladies des os (*luxations du fémur*).
29. Maladies des os, cancer du cœur, maladies du foie, maladies du poumon (*pneumonie*).
30. Maladies de la vessie et de la prostate, des intestins (*entérite folliculeuse*), perforation du cœur, péricardite, tissu érectile accidentel des veines.
31. Érosions et ulcérations de l'estomac, cancer des mamelles, maladies du gros intestin, de la rate, hernies intestinales.
32. Maladies de la moelle épinière (*paraplégie*), maladies de la peau, maladies du poumon.
33. Maladies et cancer du rectum, maladies du cerveau (*apoplexie, céphalalgie*), tumeurs érectiles du crâne, vices de conformation du fœtus.
34. Maladies des articulations, maladies de l'estomac et des intestins, maladies des os (*Exostoses*), hernies de l'utérus.
35. Kystes acéphalocystes de la rate, maladies des nerfs, maladies de la protubérance annulaire, maladies du larynx, de la trachée et du corps thyroïde, maladies des veines (*phlébite*), maladie de la moelle épinière (*kyste hydatique, paraplégie*).
36. Maladies du cerveau (*apoplexie capillaire*), maladies du poumon (*mélanose, kystes acephalocystes*), maladies des reins (*calculs, kystes*), maladies de l'ovaire (*grossesse extra-utérine*).
37. Maladies du péritoine, maladies de l'utérus (*gangrène et abcès*); cancer gélatiniforme de l'estomac et de l'épiploon, cancer et abcès enkystés du foie; apoplexie capillaire, tubercules des nerfs, du cerveau, hernie inguinale double.
38. Vices de conformation des mains; entérite folliculeuse, pseudo-membraneuse; maladies de la moelle épinière, de l'œsophage et des intestins.
39. Rétrécissement de l'urèthre et hypertrophie de la vessie, maladies de l'utérus, du cerveau, de la moelle épinière, de la parotide, du larynx, des yeux; maladies du cœur.
40. Anévrysmes, maladies du cœur, du foie, des intestins, vices de conformation, sirénie.
41. *Table générale alphabétique de l'ouvrage.*

**CRUVEILHIER.** **Traité d'anatomie pathologique générale**, par J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1849-1856. 3 vol. in-8. 26 fr.

Tome III, 1856. 1 vol. in-8 de 948 pages. 9 fr.

Tome IV et dernier, *sous presse.*

Cet ouvrage est l'exposition du Cours d'anatomie pathologique que M. Cruveilhier fait à la Faculté de médecine de Paris. Comme son enseignement, il est divisé en XVII classes, savoir: 1° solutions de continuité; 2° adhésions; 3° luxations; 4° invaginations; 5° hernies; 6° déviations; 7° corps étrangers; 8° rétrécissements et oblitérations; 9° lésions de canalisation par communication accidentelle; 10° dilatations; 11° hypertrophies et atrophies; 12° métamorphoses et productions organiques analogues; 13° hydropisies et flux; 14° hémorrhagies; 15° gangrènes; 16° lésions phlegmasiques; 17° lésions strumeuses, et lésions carcinomateuses.

**CIVIALE.** **Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires**, par le docteur CIVIALE, membre de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine; *nouvelle édition* augmentée. Paris, 1859, 3 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte. 24 fr.

Cet ouvrage, le plus pratique et le plus complet sur la matière, est ainsi divisé:

TOME I. Maladies de l'urèthre. TOME II. Maladies du col de la vessie et de la prostate. TOME III. Maladies du corps de la vessie.

**CIVIALE.** **Traité pratique et historique de la lithotritie**, par le docteur CIVIALE, membre de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine, Paris, 1847, 1 vol. in-8, de 600 pages avec 8 planches. 8 fr.

Après trente années de travaux assidus sur une découverte chirurgicale qui a parcouru les principales phases de son développement, l'art de broyer la pierre s'est assez perfectionné pour qu'il soit permis de l'envisager sous le triple point de vue de la doctrine, de l'application et du résultat.

**CIVIALE.** **De l'uréthrotomie** ou de quelques procédés peu usités de traiter les rétrécissements de l'urèthre. Paris, 1849, in-8 de 124 pages avec une planche. 2 fr. 50

**CIVIALE.** **Lettres sur la lithotritie**, ou Broiement de la pierre dans la vessie, *pour servir de complément à l'ouvrage précédent*, par le docteur CIVIALE. Ire Lettre à M. Vincent Kern. Paris, 1827.— IIe Lettre. Paris, 1828.—IIIe Lettre. *Lithotritie uréthrale*. Paris, 1831.— IVe Lettre à M. Dupuytren. Paris, 1833. —Ve Lettre, 1837. — VIe Lettre, 1847, 6 parties, in-8. 10 fr.

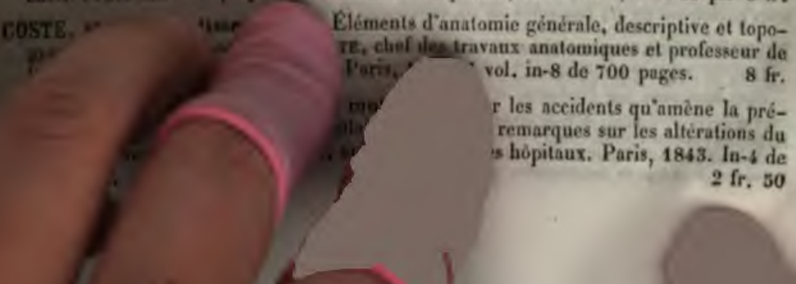
Séparément les IIIe et IVe Lettres; in-8. Prix de chaque: 1 fr. 50

**CIVIALE.** **Parallèles des divers moyens de traiter les calculeux**, contenant l'examen comparatif de la lithotritie et de la cystotomie, sous le rapport de leurs divers procédés, de leurs modes d'application, de leurs avantages ou inconvénients respectifs; par le docteur CIVIALE. Paris, 1836, in-8, fig. 8 fr.

**CLARCK.** **Traité de la consomption pulmonaire**, comprenant des recherches sur les causes, la nature et le traitement des maladies tuberculeuses et scrofuleuses en général; trad. de l'anglais par H. Lebeau, docteur-médecin. Paris, 1836, in-8. 6 fr.

**COLIN.** **Traité de physiologie comparée des animaux domestiques**, par M. G.-C. COLIN, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort. Paris, 1855-1856. 2 vol. grand in-8 de chacun 700 pages, avec 114 fig. intercalées dans le texte. 18 fr.

**COLLADON.** **Histoire naturelle et médicale des casses**, et particulièrement de la casse et des sénés employés en médecine. Montpellier, 1816. In-4, avec 19 pl. 6 fr.



**COSTE.** ... Éléments d'anatomie générale, descriptive et topo-... TE, chef des travaux anatomiques et professeur de ... Paris, ... vol. in-8 de 700 pages. 8 fr.

... r les accidents qu'amène la pré-... remarques sur les altérations du ... s hôpitaux. Paris, 1843. In-4 de ... 2 fr. 50

**DAREMBERG.** **Notices et extraits des manuscrits médicaux grecs, latins et français.** des principales bibliothèques d'Europe. BIBLIOTHÈQUES D'ANGLETERRE. Paris, 1853. In-8. 7 fr.

**DAREMBERG.** **Glossulæ quatuor magistrorum super chirurgiam Rogerii et Rolandi**; et de **Secretis mulierum**, de chirurgia, de modo medendi libri septem, poema medicum; nunc primum ad fidem codicis Mazarinei, edidit doctor CH. DAREMBERG. Napoli, 1854. In-8 de 64-228-178 pages. 8 fr.

**DAVAINE.** **Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques**, par le docteur C. DAVAINE, membre de la Société de Biologie, lauréat de l'Institut. Paris, 1859, 1 fort vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte.

**DE CANDOLLE.** **Collection de mémoires pour servir à l'histoire du règne végétal**; par A.-P. DE CANDOLLE. Paris, 1828-1838. Dix parties en un volume in-4, avec 99 planches gravées. 30 fr.

Cette importante publication, servant de complément à quelques parties du *Prodromus regni vegetabilis*, comprend :

1° Famille des Mélastomacées, avec 10 pl.; — 2° Famille des Crassulacées, avec 13 pl.; — 3° et 4° Familles des Onagraires et des Paronychiées, avec 9 pl.; — 5° Famille des Ombellifères, avec 19 pl.; — 6° Famille de Loranthacées, avec 12 pl.; — 7° Famille des Valerianées, avec 4 pl.; — 8° Famille des Cactées, avec 12 pl.; — 9° et 10° Famille des Composées, avec 19 planches.

Chacun des six derniers mémoires se vend séparément. 4 fr.

**DE LA RIVE.** **Traité d'électricité** théorique et appliquée; par A.-A. DE LA RIVE, membre correspondant de l'Institut de France, ancien professeur de l'Académie de Genève. Paris, 1854-1858. 3 vol. in-8, avec 450 fig. intercalées dans le texte. 27 fr.
— Séparément, les tomes II et III. — Prix de chaque volume. 9 fr.

Les nombreuses applications de l'électricité aux sciences et aux arts, les liens qui l'unissent à toutes les autres parties des sciences physiques ont rendu son étude indispensable au chimiste aussi bien qu'au physicien, au géologue autant qu'au physiologiste, à l'ingénieur comme au médecin : tous sont appelés à rencontrer l'électricité sur leur route, tous ont besoin de se familiariser avec son étude. Personne, mieux que M. de la Rive, dont le nom se rattache aux progrès de cette belle science, ne pouvait présenter l'exposition des connaissances acquises en électricité et de ses nombreuses applications aux sciences et aux arts.

**DESALLE (E.).** **Coup d'œil sur les révolutions de l'hygiène**, ou Considérations sur l'histoire de cette science et ses applications à la morale. Paris, 1825. In-8. 1 fr. 50

**DESAULT.** **Œuvres chirurgicales**, ou Exposé de la doctrine et de la pratique de P.-J. Desault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris; par XAV. BICHAT, troisième édition. Paris, 1830. 3 vol. in-8, avec 15 planches. 18 fr.

**DESAYVRE.** Études sur les **maladies des ouvriers de la manufacture d'armes de Chatellerault.** Paris, 1856, in-8 de 116 pages. 2 fr. 50

**DESLANDES.** **De l'onanisme et des autres abus vénériens** considérés dans leurs rapports avec la santé, par le docteur L. DESLANDES. Paris, 1835. In-8. 7 fr.

**DESHAYES.** **Description des Animaux sans vertèbres découverts dans le bassin de Paris**, pour servir de supplément à la Description des coquilles fossiles des environs de Paris, comprenant une revue générale de toutes les espèces actuellement connues; par G.-P. DESHAYES, membre de la Société géologique de France. Paris, 1857-1860.

Cet important ouvrage formera environ 40 livraisons in-4, composées chacune de 5 feuilles de texte et 5 planches. Les livraisons 1 à 18 sont publiées. Les autres livraisons paraîtront de six semaines en six semaines. Prix de chaque livraison. 5 fr.

**DESFONTAINES.** **Flora atlantica**, sive Historia plantarum, quæ in Atlante, agro Tunetano et Algeriensi crescunt. Paris, an VII. 2 vol. in-4, accompagnés de 261 planches dessinées par Redouté, et gravées avec le plus grand soin. 70 fr.

« Cet ouvrage, résultat de huit années d'études, et de l'examen de près de deux mille plantes parmi lesquelles l'auteur compte jusqu'à trois cents espèces nouvelles, est demeuré comme une de ces bases fondamentales sur lesquelles a été bâti plus tard l'édifice, aujourd'hui si important, de la géographie botanique. » (*Éloge de Desfontaines*, par M. Flourens.)

**DÉTILLY. Formulaire éclectique**, comprenant un choix de formules peu connues et recueillies dans les écoles étrangères, des paradigmes indiquant tous les calculs relatifs aux formules, avec des tables de comparaison *tirées du calcul décimal*, des tables relatives aux doses des médicaments héroïques; tableaux des réactifs et des eaux minérales, un tableau des médications applicables à la méthode endermique et un choix de formules latines. Paris, 1839. 1 beau vol. in-18. 1 fr. 50

**DICTIONNAIRE DES SCIENCES NATURELLES**, dans lequel on traite méthodiquement des différents êtres de la nature, considérés soit en eux-mêmes, d'après l'état actuel de nos connaissances, soit relativement à l'utilité qu'en peuvent retirer la médecine, l'agriculture, le commerce et les arts; par les professeurs du Muséum d'histoire naturelle de Paris, sous la direction de G. et de FR. CUVIER. Texte 61 vol. in-8; l'atlas composé de 12 vol., contenant 1220 planches gravées; figures noires. Prix, au lieu de 670 fr : 175 fr.

— Avec l'atlas, figures coloriées. Prix, au lieu de 1,200 fr. : 350 fr.

Devenus propriétaires du petit nombre d'exemplaires restant de ce bel et bon livre, qui est sans contredit le plus vaste et le plus magnifique monument qui ait été élevé aux sciences naturelles, et dans le désir d'en obtenir l'écoulement rapide, nous nous sommes décidés à l'offrir à un rabais de plus des trois quarts.

**DICTIONNAIRE GÉNÉRAL DES EAUX MINÉRALES ET D'HYDROLOGIE MÉDICALE** comprenant la Géographie et les stations thermales, la pathologie thérapeutique, la chimie analytique, l'histoire naturelle, l'aménagement des sources, l'administration thermale, etc., par MM. DURAND-FARDEL, inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, E. LE BRET, inspecteur adjoint des eaux d'Uriage, J. LEFORT, pharmacien, avec la collaboration de M. JULES FRANÇOIS, ingénieur en chef des mines, pour les applications de la science de l'ingénieur à l'hydrologie médicale. Paris, 1859, 2 forts volumes in-8 publiés en six livraisons à 3 fr. chaque. Aussitôt l'ouvrage complet, le prix sera porté à 20 francs.

**DICTIONNAIRE UNIVERSEL DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE**, contenant l'indication, la description et l'emploi de tous les médicaments connus dans les diverses parties du globe; par F.-V. MÉRAT et A.-J. DELENS, membres de l'Académie impériale de médecine. *Ouvrage complet*. Paris, 1829-1846. 7 vol. in-8, y compris le **supplément**. 20 fr.

Le *Tome VII* ou *Supplément*, Paris, 1846, 1 vol. in-8 de 800 pages, ne se vend pas séparément.

Cet ouvrage immense contient non seulement l'histoire complète de tous les médicaments des trois règnes sans oublier les agents de la physique, tels que l'air, le calorique, l'électricité, etc., les produits chimiques, les *eaux minérales et artificielles*, décrites au nombre de 1800 (c'est-à-dire le double au moins de ce qu'en contiennent les Traités spéciaux); mais il renferme de plus l'histoire des poisons, les miasmes, des virus, des venins considérés particulièrement sous le point de vue du traitement spécifique des accidents qu'ils déterminent; enfin celle des aliments envisagés sous le rapport de la diète et du régime dans les maladies; des articles généraux, relatifs aux classes des médicaments et des produits pharmaceutiques, aux familles naturelles et aux genres, animaux et végétaux. Une vaste synonymie embrasse tous les noms scientifiques, vulgaires, français et étrangers, celle même *du pays*, c'est-à-dire les noms médicamenteux particulièrement propres à telle ou telle contrée, afin que les voyageurs, cet ouvrage à la main, puissent rapporter à des noms certains les appellations les plus barbares.

**DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES**. *Voyez* NYSTEN, page 36.

**DIDAY. Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis**, suivie d'un Essai sur de nouveaux moyens préservatifs des maladies vénériennes, par le docteur P. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, secrétaire général de la Société de médecine de Lyon. Paris, 1858. 1 vol. in-18 jésus de 560 pages. 4 fr.

Cet ouvrage comprend seize lettres dont voici le sujet : Ire lettre. Du virus syphilitique. — IIe lettre. Nature et conséquences de la Blennorrhagie. — IIIe lettre. Thérapeutique de la Blennorrhagie. — IVe lettre. De la Balanite. — Ve lettre. Du Chancre et de ses rapports avec la syphilis constitutionnelle. — VIe lettre. Du Bubon. — VIIe lettre. Du Bubon d'emblée. — VIIIe lettre. Des Végétations. — IXe lettre. Syphilis constitutionnelle. Époque d'apparition. — Xe lettre. Ordre et succession des symptômes de la syphilis constitutionnelle. — XIe lettre. Unicité de la vérole constitutionnelle dans une existence humaine. — XIIe lettre. De la syphilis congénitale. — XIIIe et XIVe lettres. Transmission des symptômes constitutionnels. — XVe lettre. Des tumeurs testiculaires, suite de maladies vénériennes. — XVIe lettre. Moyens préservatifs des maladies vénériennes.

**DONNÉ.** **Cours de microscopie complémentaire des études médicales** : Anatomie microscopique et physiologie des fluides de l'économie ; par le docteur A. DONNÉ, recteur de l'académie de Montpellier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, professeur de microscopie. Paris, 1844. In-8 de 500 pages. 7 fr. 50

**DONNÉ.** **Atlas du Cours de microscopie**, exécuté d'après nature au microscope-daguerréotype, par le docteur A. DONNÉ et L. FOUCAULT. Paris, 1846. In-folio de 20 planches, contenant 80 figures gravées avec le plus grand soin, avec un texte descriptif. 30 fr.

C'est pour la première fois que les auteurs, ne voulant se fier ni à leur propre main, ni à celle d'un dessinateur, ont eu la pensée d'appliquer la merveilleuse découverte du daguerréotype à la représentation des sujets scientifiques : c'est un avantage qui sera apprécié des observateurs, que celui d'avoir pu reproduire les objets tels qu'ils se trouvent disséminés dans le champ microscopique, au lieu de se borner au choix de quelques échantillons, comme on le fait généralement, car dans cet ouvrage tout est reproduit avec une fidélité rigoureuse inconnue jusqu'ici, au moyen des procédés photographiques.

**DUBOIS.** **Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie**, par F. DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1837. In-8. 7 fr. 50

**DUBOIS et BURDIN.** **Histoire académique du magnétisme animal**, accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour, par C. BURDIN et F. DUBOIS (d'Amiens), membres de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1841. In-8 de 700 pages. 8 fr.

**DUBREUIL.** **Des anomalies artérielles** considérées dans leur rapport avec la pathologie et les opérations chirurgicales, par le docteur J. DUBREUIL, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1847. 1 vol. in-8 et atlas in-4 de 17 planches coloriées. 20 fr.

**DUCHENNE.** **De l'électrisation localisée** et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique ; par le docteur DUCHENNE (de Boulogne), lauréat de l'Institut de France. *Seconde édition.* Paris, 1859. 1 vol. in-8 avec 108 figures intercalées dans le texte.

**DUCHESNE-DUPARC.** **Traité pratique des dermatoses** ou maladies de la peau classées d'après la méthode naturelle comprenant l'exposition des meilleures méthodes de traitement, suivi d'un formulaire spécial, par le docteur L.-V. DUCHESNE-DUPARC, professeur de clinique des maladies de la peau, ancien interne d'Alibert à l'hôpital Saint-Louis. Paris, 1859, 1 beau volume in-12 de 500 pages. 5 fr.

**DUFOUR** (Léon). **Recherches anatomiques et physiologiques sur les hémiptères**, accompagnées de considérations relatives à l'histoire naturelle et à la classification de ces insectes. Paris, 1833, in-4, avec 19 planches gravées. 25 fr.

**DUGAT.** **Études sur le traité de médecine d'Aboudjafar Ah'Mad**, intitulé : *Zad Al Mocafir*, « la Provision du voyageur, » par G. DUGAT, membre de la Société asiatique. Paris, 1853, in-8 de 64 pages. 2 fr. 50

**DUGÈS.** **Mémoire sur la conformité organique dans l'échelle animale**, par ANT. DUGÈS. Paris, 1832, in-4, avec 6 planches. 4 fr.

**DUGÈS.** **Recherches sur l'ostéologie** et la myologie des **Batraciens** à leurs différents âges, par A. DUGÈS. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* Paris, 1834, in-4, avec 20 planches gravées. 10 fr.

**DUGÈS.** **Traité de physiologie comparée** de l'homme et des animaux, par A. DUGÈS. Montpellier, 1838. 3 vol. in-8, figures. 18 fr.

**DUPUYTREN.** **Mémoire sur une manière nouvelle de pratiquer l'opération de la pierre** ; par le baron G. DUPUYTREN, terminé et publié par M. L.-J. SANSON, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et L.-J. BÉGIN. Paris, 1836. 1 vol. grand in-folio, accompagné de 10 belles planches lithographiées, représentant l'anatomie chirurgicale de diverses régions intéressées dans cette opération. 12 fr.

« Je lègue à MM. Sanson aîné et Bégin le soin de terminer et de publier un ouvrage déjà en partie imprimé sur la taille de Celse, et d'y ajouter la description d'un moyen nouveau d'arrêter les hémorrhagies. » *Testament de Dupuytren.*

**DURAND-FARDEL, LEBRET, LEFORT.** Voyez *Dictionnaire des eaux minérales.*

**DUTROCHET. Mémoires** pour servir à l'histoire anatomique et physiologique **des végétaux et des animaux**, par H. DUTROCHET, membre de l'Institut. *Avec cette épigraphe :* « Je considère comme non avenu tout ce que j'ai publié précédemment sur ces matières qui ne se trouve point reproduit dans cette collection. » Paris, 1837. 2 forts vol. in-8, avec atlas de 30 planches gravées. 12 fr.

Dans cet ouvrage M. Dutrochet a réuni et coordonné l'ensemble de tous ses travaux : il contient non seulement les mémoires publiés à diverses époques, revus, corrigés et appuyés de nouvelles expériences, mais encore un grand nombre de travaux inédits.

**ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE**, comprenant l'Anatomie descriptive, l'Anatomie générale, l'Anatomie pathologique, l'histoire du Développement, par G.-T. Bischoff, J. Henle, E. Huschke, S.-T. Sœmmerring, F.-G. Theile, G. Valentin, J. Vogel, G. et E. Weber; traduit de l'allemand, par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1843-1846. 8 forts vol. in-8. Prix de chaque volume (en prenant tout l'ouvrage). 7 fr. 50
Prix des deux atlas in-4 7 fr. 50

*On peut se procurer chaque Traité séparément, savoir :*

1° **Ostéologie et syndesmologie**, par S.-T. SŒMMERRING. — Mécanique des organes de la locomotion chez l'homme, par G. et E. WEBER. In-8. Atlas in-4 de 17 planches. 12 fr.

2° **Traité de myologie et d'angéiologie**, par F.-G. THEILE. 1 vol. in-8. 7 fr. 50

3° **Traité de névrologie**, par G. VALENTIN. 1 vol. in-8, avec figures. 8 fr.

4° **Traité de splanchnologie des organes des sens**, par E. HUSCHKE. Paris, 1845. In-8 de 850 pages, avec 5 planches gravées. 8 fr. 50

5° **Traité d'anatomie générale**, ou Histoire des tissus de la composition chimique du corps humain, par HENLE. 2 vol. in-8, avec 5 planches gravées. 15 fr.

6° **Traité du développement de l'homme** et des mammifères, suivi d'une *Histoire du développement de l'œuf du lapin*, par le docteur T.-L.-G. BISCHOFF. 1 vol. in-8, avec atlas in-4 de 16 planches. 15 fr.

7° **Anatomie pathologique générale**, par J. VOGEL. Paris, 1846. 1 vol. in-8. 7 fr. 50

Cette *Encyclopédie anatomique*, réunie au *Traité de physiologie* de J. MÜLLER, forme un ensemble complet des deux sciences sur lesquelles repose l'édifice entier de la médecine.

**ESPANET. Études élémentaires d'homœopathie**, complétées par des applications pratiques, à l'usage des médecins, des ecclésiastiques, des communautés religieuses, des familles, etc., par le frère Alexis ESPANET. Paris, 1856. In-18 de 380 pages. 4 fr. 50

**ESQUIROL. Des maladies mentales**, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, par E. ESQUIROL, médecin en chef de la Maison des aliénés de Charenton, Paris, 1838, 2 vol. in-8, avec un atlas de 27 planches gravées. 20 fr.

« L'ouvrage que j'offre au public est le résultat de quarante ans d'études et d'observations. J'ai observé les symptômes de la folie et j'ai essayé les meilleures méthodes de traitement ; j'ai étudié les mœurs, les habitudes et les besoins des aliénés, au milieu desquels j'ai passé ma vie : m'attachant aux faits, je les ai rapprochés par leurs affinités, je les raconte tels que je les ai vus. J'ai rarement cherché à les expliquer, et je me suis arrêté devant les systèmes qui m'ont toujours paru plus séduisants par leur éclat qu'utiles par leur application. » *Extrait de la préface de l'auteur.*

**FABRE. Bibliothèque du médecin praticien**, *voyez* **Bibliothèque**, page 5.

† **FÉRUSSAC et D'ORBIGNY. Histoire naturelle générale et particulière des céphalopodes** acétabulifères vivants et fossiles, comprenant la description zoologique et anatomique de ces mollusques, des détails sur leur organisation, leurs mœurs, leurs habitudes et l'histoire des observations dont ils ont été l'objet depuis les temps les plus anciens jusqu'à nos jours, par M. de FÉRUSSAC et ALC. D'ORBIGNY. Paris, 1836-1848. 2 vol. in-folio dont un de 144 planches coloriées, cartonnés. Prix, au lieu de 500 francs. 120 fr.

— *Le même ouvrage*, 2 vol. grand in-4, dont un de 144 pl. color., cartonnés 80 fr.

Ce bel ouvrage est *complet*; il a été publié en 21 *livraisons*. Les personnes qui n'auraient pas reçu les dernières livraisons pourront se les procurer séparément, savoir : l'édition in-4, à raison de 8 fr la livraison ; l'édition in-folio, à raison de 12 fr. la livraison.

2

† **FÉRUSSAC et DESHAYES.** Histoire naturelle générale et particulière des mollusques, tant des espèces qu'on trouve aujourd'hui vivantes que des dépouilles fossiles de celles qui n'existent plus, classés d'après les caractères essentiels que présentent ces animaux et leurs coquilles ; par M. de FÉRUSSAC et G.-P. DESHAYES. Ouvrage *complet* en 42 livraisons, chacune de 6 planches in-folio, gravées et coloriées d'après nature avec le plus grand soin. Paris, 1820-1851. 4 vol. in folio, dont 2 volumes de chacun 400 pages de texte et 2 volumes contenant 247 planches coloriées.

Prix réduit, au lieu de 1250 fr. 490 fr.

— *Le même*, 4 vol. grand in-4, avec 247 planches noires. Au lieu de 600 fr. 200 fr.

Demi-reliure, dos de veau. Prix des 4 vol. in-fol., 40 fr. — Cartonnés. 24 fr.

*Dito* Prix des 4 vol. gr. in-4, 24 fr. Cartonnés. 16 fr.

Les personnes auxquelles il manquerait des livraisons (jusques et y compris la 30e) pourront se les procurer séparément, savoir :

1° Les livraisons in-folio, figures coloriées, au lieu de 30 fr., à raison de 15 fr.

2° Les livraisons in-4, figures noires, au lieu de 15 fr., à raison de 6 fr.

Chacune des livraisons nouvelles (de 29 à 42) se compose : 1° de 72 pages de texte in-folio ; 2° de 6 planches gravées, imprimées en couleur et retouchées au pinceau avec le plus grand soin. Prix de chaque livraison. 30 fr.

Prix de chaque livraison in-4, avec les planches en noir. 25 fr.

Ouvrage le plus magnifique qui existe sur l'histoire des mollusques ; la perfection des figures et l'exactitude des descriptions le placent au premier rang des beaux et bons livres qui doivent composer la bibliothèque de tous les amateurs de coquilles. C'est aidé du concours de M. Deshayes que nous avons terminé cette publication. Nous avons pensé que la haute position scientifique de M. Deshayes, dont les travaux font justement autorité en conchyliologie, était la meilleure garantie que nous pussions offrir au public.

M. Deshayes a publié les livraisons 29 à 42 ; elles comprennent :

1° 83 planches qui sont venues combler toutes les lacunes laissées par M. de Férussac dans l'ordre des numéros, en même temps qu'elles complètent plusieurs genres importants et font connaître les espèces de coquilles les plus récentes ;

2° Le texte (T. Ier complet, 402 pages. — T. II, 1re partie. Nouvelles additions à la famille des Limaces, 24 pages. — Historique, p. 129 à 184. — T. II, 2e partie, 260 p.). Ce texte de M. Deshayes présente la description de toutes les espèces figurées dans l'ouvrage ;

3° Une table générale alphabétique de l'ouvrage ;

4° Une table de classification des 247 planches, à l'aide de laquelle on pourra vérifier si leur exemplaire est complet ou ce qui lui manque.

**FEUCHTERSLEBEN.** Hygiène de l'âme, par M. DE FEUCHTERSLEBEN, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, ancien ministre de l'instruction publique en Autriche, traduit de l'allemand, sur la *neuvième édition*, par le docteur *Schlesinger-Rahier*. Paris, 1854. 1 vol. in-8 de 190 pages. 2 fr.

L'auteur a voulu, par une alliance de la morale et de l'hygiène, étudier, au point de vue pratique, l'influence de l'âme sur le corps humain et ses maladies. Exposé avec ordre et clarté, et empreint de cette douce philosophie morale qui caractérise les œuvres des penseurs allemands, cet ouvrage n'a pas d'analogue en France ; il sera lu et médité par toutes les classes de la société.

**FIÉVÉE.** Mémoires de médecine pratique, comprenant : 1° De la fièvre typhoïde et de son traitement ; 2° De la saignée chez les vieillards comme condition de santé ; 3° Considérations étiologiques et thérapeutiques sur les maladies de l'utérus ; 4° De la goutte et de son traitement spécifique par les préparations de colchique. Par le docteur FIÉVÉE (de Jeumont). Paris, 1845, in-8. 1 fr. 50

**FIÈVRE PUERPÉRALE** (De la), de sa nature et de son traitement. Communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. GUÉRARD, DEPAUL, BEAU, HERVEZ DE CHÉGOIN, P. DUBOIS, TROUSSEAU, BOUILLAUD, CRUVEILHIER, PIORRY, CAZEAUX, DANYAU, VELPEAU, J. GUÉRIN, etc., précédées de l'indication bibliographique des principaux écrits publiés sur la fièvre puerpérale. Paris, 1858. In-8 de 464 p. 6 fr.

**FITZ-PATRICK.** Traité des avantages de l'équitation, considérée dans ses rapports avec la médecine. Paris, 1838, in-8. 2 fr. 50

**FLOURENS.** Recherches expérimentales sur les fonctions et les propriétés du système nerveux, par P. FLOURENS, professeur au Muséum d'histoire naturelle et au Collège de France, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de l'Institut, etc. *Deuxième édition augmentée*. Paris, 1842, in-8. 7 fr. 50

**FLOURENS** **Cours de physiologie comparée.** De l'ontologie ou étude des êtres. Leçons professées au Muséum d'histoire naturelle par P. FLOURENS, recueillies et rédigées par CH. ROUX, et revues par le professeur. Paris, 1856, in-8. 3 fr. 50

**FLOURENS.** **Mémoires d'anatomie et de physiologie comparées,** contenant des recherches sur 1° les lois de la symétrie dans le règne animal; 2° le mécanisme de la rumination; 3° le mécanisme de la respiration des poissons; 4° les rapports des extrémités antérieures et postérieures de l'homme, les quadrupèdes et les oiseaux. Paris, 1844; grand in-4, avec 8 planches gravées et coloriées 18 fr.

**FLOURENS.** **Théorie expérimentale de la formation des os,** par P. FLOURENS. Paris, 1847, in-8, avec 7 planches gravées. 7 fr. 50

**FLOURENS** **Histoire de la découverte de la circulation du sang,** par P. FLOURENS, prof. au Muséum d'histoire naturelle et au Collège de France. Paris, 1854, in-12. 3 fr.

**FONSSAGRIVES.** **Traité d'hygiène navale,** ou de l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé, par le docteur J.-B. FONSSAGRIVES, professeur à l'École de médecine navale de Brest. Paris, 1856, in-8 de 800 pages, illustré de 57 planches intercalées dans le texte. 10 fr.

Cet ouvrage, qui comble une importante lacune dans nos traités d'hygiène professionnelle, est divisé en six livres. LIVRE Ier : Le navire étudié dans ses matériaux de construction, ses approvisionnements, ses chargements et sa topographie. LIVRE II : L'homme de mer envisagé dans ses conditions de recrutement, de profession, de travaux, de mœurs, d'hygiène personnelle, etc. LIVRE III : Influences qui dérivent de l'habitation nautique : mouvements du bâtiment, atmosphère, encombrement, moyens d'assainissement du navire, et hygiène comparative des diverses sortes de bâtiments. LIVRE IV : Influences extérieures au navire, c'est-à dire influences pélagiennes, climatériques et sidérales, et hygiène des climats excessifs. LIVRE V : Bromatologie nautique : eaux potables, eau distillée, boissons alcooliques, aromatiques, acidules, aliments exotiques. Parmi ces derniers, ceux qui présentent des propriétés vénéneuses permanentes ou accidentelles sont étudiés avec le plus grand soin. LIVRE VI : Influences morales, c'est-à-dire régime moral, disciplinaire et religieux de l'homme de mer.

**FORGET.** **Traité de l'entérite folliculeuse** (fièvre typhoïde), par C.-P. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, président des jurys médicaux, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1841, in-8 de 850 pages. 4 fr.

**FOURNET.** **Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires** et sur la première période de la phthisie pulmonaire, faites dans le service de M. le professeur ANDRAL, par le docteur J. FOURNET, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1839. 2 vol. in-8. 8 fr.

**FRANK.** **Traité de médecine pratique** de P.-J. FRANK, traduit du latin par J.-M.-C. GOUDAREAU, docteur en médecine; *deuxième édition revue, augmentée des* Observations et Réflexions pratiques contenues dans l'INTERPRETATIONES CLINICÆ, accompagné d'une *Introduction* par M. le docteur DOUBLE, membre de l'Institut. Paris, 1842, 2 forts volumes grand in-8 à deux colonnes. 24 fr.

Le Traité de médecine pratique de J.-P. Frank, résultat de cinquante années d'observations et d'enseignement public dans les chaires de clinique des Universités de Pavie, Vienne et Wilna, a été composé, pour ainsi dire, au lit du malade. Dès son apparition, il a pris rang parmi les livres qui doivent composer la bibliothèque du médecin praticien, à côté des œuvres de Sydenham, de Baillou, de Van Swieten, de Stoll, de De Haen, de Cullen, de Borsieri, etc.

**FRÉDAULT.** **Des rapports de la doctrine médicale homœopathique** avec le passé de la thérapeutique, par le docteur FRÉDAULT, ancien interne lauréat des hôpitaux civils de Paris, 1852, in-8 de 84 pages. 1 fr. 50

**FRÉGIER.** **Des classes dangereuses de la population dans les grandes villes et des moyens de les rendre meilleures;** ouvrage récompensé en 1838 par l'Institut de France (Académie des sciences morales et politiques); par A. FRÉGIER, chef de bureau à la préfecture de la Seine. Paris, 1840, 2 beaux vol. in-8. 14 fr.

Cet ouvrage touche aux intérêts les plus graves de la société; il se rattache tout à la fois à la physiologie, à l'hygiène et à l'économie sociale; à côté de la population riche, à côté des classes laborieuses et des classes pauvres, les grandes villes renferment forcément des *classes dangereuses*. L'oisiveté, le jeu, le vagabondage, la prostitution, la misère, grossissent sans cesse le nombre de ceux que la police surveille et que la justice attend. Ils habitent des quartiers particuliers; ils ont un langage, des habitudes, des désordres, une vie qui leur est propre.

**FRERICHS.** **Traité pratique des maladies du foie**, par FRERICHS, professeur à l'Université de Berlin, traduction de MM. les docteurs DUMESNIL ET PELLAGOT, revue par l'auteur. Paris, 1860, 1 vol. in-8 d'environ 600 pages avec figures intercalées dans le texte.

**FURNARI.** **Traité pratique des maladies des yeux**, contenant : 1° l'histoire de l'ophthalmologie ; 2° l'exposition et le traitement raisonné de toutes les maladies de l'œil et de ses annexes ; 3° l'indication des moyens hygiéniques pour préserver l'œil de l'action nuisible des agents physiques et chimiques mis en usage dans les diverses professions ; les nouveaux procédés et les instruments pour la guérison du strabisme ; des instructions pour l'emploi des lunettes et l'application de l'œil artificiel ; suivi de conseils hygiéniques et thérapeutiques sur les maladies des yeux, qui affectent particulièrement les hommes d'État, les gens de lettres et tous ceux qui s'occupent de travaux de cabinet et de bureau. Paris, 1841, in-8, avec pl. 6 fr.

**GALIEN.** **Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien**, traduites sur les textes imprimés et manuscrits ; accompagnées de sommaires, de notes, de planches et d'une table des matières, précédées d'une Introduction ou étude biographique littéraire et scientifique sur Galien, par le docteur CH. DAREMBERG, bibliothécaire à la bibliothèque Mazarine. Paris, 1854-1857. 4 vol. grand in-8.— Tomes I et II gr. in-8 de 800 pages. Prix de chaque. 10 fr.
**Tome III sous presse.**

Cette importante publication comprend : 1° Études biographiques, littéraires, sur Galien ; 2° Traité de l'utilité des parties ; 3° Livres inédits des administrations anatomiques ; 4° des Lieux affectés. 5° Thérapeutique à Glaucon ; 6° des Facultés naturelles ; 7° du Mouvement des muscles ; 8 Introduction à la médecine ; 9° Exhortations à l'étude des arts : 10° des Sectes ; 11° le Bon Médecin est philosophe ; 12° des Habitudes ; 13° des Fragments de divers traités non traduits en entier.

**GALL et SPURZHEIM.** **Anatomie et physiologie du système nerveux** en général et du cerveau en particulier, par F. GALL et SPURZHEIM, 4 vol. in-folio de texte et atlas de 100 planches gravées, cartonnées. 150 fr.
Le même, 4 vol. in-4 et atlas in-folio de 100 planches gravées. 120 fr.

Il ne reste que très peu d'exemplaires de cet important ouvrage que nous offrons avec une réduction des trois quarts sur le prix de publication.

**GALL.** **Sur les fonctions du cerveau** et sur celles de chacune de ses parties, avec des observations sur la possibilité de reconnaître les instincts, les penchants, les talents, ou les dispositions morales et intellectuelles des hommes et des animaux, par la configuration de leur cerveau et de leur tête. Paris, 1825. 6 vol. in-8. 42 fr.

**GALTIER.** **Traité de pharmacologie et de l'art de formuler**, par C.-P. GALTIER, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de pharmacologie, de matière médicale et de toxicologie, etc. Paris, 1841, in-8. 4 fr. 50

**GALTIER.** **Traité de matière médicale et des indications thérapeutiques des médicaments**, par C.-P. GALTIER. Paris, 1841. 2 forts vol. in-8. 10 fr.

**GARNIER et HAREL.** **Des falsifications des substances alimentaires** et des moyens chimiques de les reconnaître. Paris, 1844, in-12 de 528 pages. 4 fr. 50

**GAUBIL.** **Catalogue synonymique des Coléoptères d'Europe et d'Algérie**, par M. GAUBIL, membre de la Société entomologique de France. Paris, 1849. 1 vol. in-8. 12 fr.
*Ouvrage le plus complet et qui offre le plus grand nombre d'espèces nouvelles.*

**GAULTIER DE CLAUBRY.** **De l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde**, Paris, 1844, in-8 de 500 pages. 2 fr.

**GEOFFROY SAINT-HILAIRE.** Histoire générale et particulière des **Anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux**, ouvrage comprenant des recherches sur les caractères, la classification, l'influence physiologique et pathologique, les rapports généraux, les lois et causes des **Monstruosités**, des variétés et vices de conformation ou *Traité de tératologie* ; par Isid. GEOFFROY SAINT-HILAIRE, D. M. P., membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Paris, 1832-1836. 3 vol. in-8 et atlas de 20 planches lithog. 27 fr.
— Séparément les tomes 2 et 3. 16 fr.

**GEORGET.** **Discussion médico-légale sur la folie** ou Aliénation mentale, suivie de l'Examen du procès criminel d'Henriette Cornier et de plusieurs autres procès dans lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense, Paris, 1826, in-8. 2 fr. 50

**GÉRANDO.** **De l'éducation des sourds-muets de naissance**, par de GÉRANDO, membre de l'Institut, administrateur et président de l'Institution des sourds-muets. Paris, 1827. 2 forts vol. in-8. 12 fr.

**GERDY.** **Traité des bandages, des pansements et de leurs appareils**, par le docteur P.-N. GERDY, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1837-1839. 2 vol. in-8 et atlas de 20 planches in-4. 18 fr.

**GERDY.** **Essai de classification naturelle** et d'analyse des phénomènes de la vie, par le docteur P.-N. GERDY. Paris, 1823, in-8. 1 fr.

**GERVAIS ET VAN BENEDEN.** **Zoologie médicale**, Exposé méthodique du règne animal basé sur l'anatomie, l'embryogénie et la paléontologie, comprenant la description des espèces employées en médecine, de celles qui sont venimeuses et de celles qui sont parasites de l'homme et des animaux, par PAUL GERVAIS, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, et J. VAN BENEDEN, professeur de l'Université de Louvain. Paris, 1859, 2 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte. 15 fr.

**GIRARD.** Considérations physiologiques et pathologiques sur les **affections nerveuses**, dites *hystériques*, par H. GIRARD, D. M. P., médecin en chef, directeur de l'hospice des aliénés d'Auxerre, etc. Paris, 1841, in-8. 2 fr.

**GODDE.** **Manuel pratique des maladies vénériennes** des hommes, des femmes et des enfants, suivi d'une pharmacopée syphilitique, par GODDE, de Liancourt, D. M. Paris, 1834, in-18. 3 fr.

**GODRON.** **De l'espèce et des races dans les êtres organisés**, et spécialement de l'unité de l'espèce humaine, par D. A. GODRON, docteur en médecine et docteur ès-science, professeur à la Faculté des Sciences de Nancy. Paris, 1859, 2 vol. in-8.

**GORY et PERCHERON.** **Monographie des Cétoines et genres voisins**, formant, dans les familles de Latreille. la division des Scarabées mélitophiles; par H. GORY et A. PERCHERON, membres de la Société entomologique de Paris. Paris, 1832-1836. Ce bel ouvrage est complet en 15 livraisons formant un fort volume in-8, accompagné de 77 planches coloriées avec soin. 60 fr.

**GRASSI.** **Sur la construction et l'assainissement des latrines** et fosses d'aisances. Paris, 1859, in-8 avec 2 planches. 2 fr. 50

**GRATIOLET.** **Anatomie comparée du système nerveux.** Voyez LEURET et GRATIOLET, page 30.

**GRENIER et GODRON.** **Flore de France**, ou description des plantes qui croissent naturellement en France et en Corse; par GRENIER et GODRON, professeurs aux Facultés des sciences de Besançon et de Nancy. Paris, 1848-1856. 3 forts vol. in-8 de chacun 800 pages, publiés en six parties. 42 fr.

**GRIESSELICH.** **Manuel pour servir à l'étude critique de l'homœopathie**, par le docteur GRIESSELICH, traduit de l'allemand, par le docteur SCHLESINGER. Paris, 1849. 1 vol. in-12. 5 fr.

**GUIBOURT.** **Pharmacopée raisonnée**, ou Traité de pharmacie pratique et théorique, par N.-E. HENRY et J.-B. GUIBOURT; *troisième édition*, revue et considérablement augmentée, par J.-B. GUIBOURT, professeur à l'École de pharmacie, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1847, in-8 de 800 pages à deux colonnes, avec 22 planches. 8 fr.

**GUIBOURT.** **Histoire naturelle des drogues simples**, ou Cours d'histoire naturelle professé à l'École de pharmacie de Paris, par J.-B. GUIBOURT, professeur à l'École de pharmacie, membre de l'Académie impériale de médecine. *Quatrième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1849-1851. 4 forts volumes in-8, avec 800 figures intercalées dans le texte. 30 fr.

L'Histoire des minéraux a reçu une très grande extension: le tome Ier tout entier est consacré à la *Minéralogie*, et forme un traité complet de cette science considérée dans ses applications aux arts et à la pharmacie; les tomes II et III comprennent la *Botanique* ou l'Histoire des végétaux; le tome IV comprend la *Zoologie* ou l'Histoire des animaux et de leurs produits; il est terminé par une *table générale alphabétique* très étendue. Une addition importante, c'est celle de plus de 800 figures intercalées dans le texte, toutes exécutées avec le plus grand soin.

**GUIBOURT.** **Manuel légal des pharmaciens et des élèves en pharmacie**, ou Recueil des lois, arrêtés, règlements et instructions concernant l'enseignement, les études et l'exercice de la pharmacie, et comprenant le Programme des cours de l'École de pharmacie de Paris, par N.-J.-B.-G. GUIBOURT, professeur secrétaire de l'École de pharmacie de Paris, etc. Paris, 1852. 1 vol. in-12 de 230 pages. 2 fr.

Cet ouvrage est divisé en deux parties: la *première* pour les lois et règlements qui ont trait à l'administration des écoles de pharmacie, aux rapports des écoles avec les élèves et les pharmaciens exerçants; là se trouve naturellement le *Programme des cours de l'École de pharmacie de Paris*, et, sous le titre de *Bibliothèque du Pharmacien*, l'indication des meilleurs ouvrages à consulter; puis ce qui a rapport au service de santé des hôpitaux et à l'Académie impériale de médecine; la *seconde partie* pour les lois et règlements qui se rapportent exclusivement à l'exercice de la pharmacie. Le tout accompagné de notes explicatives et de commentaires dont une longue expérience dans la pratique et dans l'enseignement a fait sentir l'utilité.

Dans une *troisième partie* se trouvent résumés les *desiderata*, ou les améliorations généralement réclamées pour une nouvelle organisation de la pharmacie.

**GUILLOT.** **Exposition anatomique de l'organisation du centre nerveux** dans les quatre classes d'animaux vertébrés, par le docteur Nat. GUILLOT, médecin de l'hôpital Necker, professeur à la Faculté de médecine de Paris. (Ouvrage couronné par l'Académie royale des sciences de Bruxelles.) Paris, 1844, in-4 de 370 pages avec 18 planches, contenant 224 figures. 16 fr.

**GUISLAIN.** **Leçons orales sur les phrénopathies**, ou Traité théorique et pratique sur les maladies mentales. Cours donné à la clinique des établissements d'aliénés de Gand, par le docteur J. GUISLAIN, professeur de l'Université de Gand. 1852, 3 vol. in-8 avec figures. 21 fr.

**GUNTHER.** **Nouveau manuel de médecine vétérinaire homœopathique**, ou Traitement homœopathique des maladies du cheval, du bœuf, de la brebis, du porc, de la chèvre et du chien, à l'usage des vétérinaires, des propriétaires ruraux, des fermiers, des officiers de cavalerie et de toutes les personnes chargées du soin des animaux domestiques, par F.-A. GUNTHER. Traduit de l'allemand sur la troisième édition, par P.-J. MARTIN, médecin vétérinaire, ancien élève des écoles vétérinaires. Paris, 1846, in-8. 6 fr.

**HAAS.** **Mémorial du médecin homœopathe**, ou Répertoire alphabétique de traitements et d'expériences homœopathiques, pour servir de guide dans l'application de l'homœopathie au lit du malade, par le docteur HAAS. Traduit de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN. *Deuxième édit.*, revue et augmentée. Paris, 1850, in-18. 3 fr.

**HAHNEMANN.** **Études de médecine homœopathique**, par le docteur HAHNEMANN. Opuscules servant de complément à ses œuvres. Paris, 1855. 2 séries publiées chacune en 1 vol. in-8 de 600 pages. Prix de chaque. 7 fr.

Les ouvrages qui composent la PREMIÈRE SÉRIE sont : 1° Traité de la maladie vénérienne; 2° Esprit de la doctrine homœopathique ; 3° La médecine de l'expérience; 4° L'observateur en médecine ; 5° Esculape dans la balance ; 6° Lettres à un médecin de haut rang sur l'urgence d'une réforme en médecine ; 7° Valeur des systèmes en médecine, considérés surtout eu égard à la pratique qui en découle ; 8° Conseils à un aspirant au doctorat ; 9° L'allopathie, un mot d'avertissement aux malades ; 10° Réflexions sur les trois méthodes accréditées de traiter les maladies ; 11° Les obstacles à la certitude ; 12° Examen des sources de la matière médicale ordinaire ; 13° Des formules en médecine ; 14° Comment se peut-il que de faibles doses de médicaments aussi étendus que ceux dont se sert l'homœopathie aient encore de la force, beaucoup de force ? 15° Sur la répétition d'un médicament homœopathique ; 16° Quelques exemples de traitements homœopathiques ; 17° La belladone, préservatif de la scarlatine ; 18° Des effets du café.

DEUXIÈME SÉRIE. — Du choix du médecin. — Essai sur un nouveau principe pour découvrir la vertu curative des substances médicinales. — Antidotes de quelques substances végétales héroïques. — Des fièvres continues et rémittentes. — Les maladies périodiques à types hebdomadaires. — De la préparation et de la dispensation des médicaments par les médecins homœopathes. — Essai historique et médical sur l'ellébore et l'elléborisme. — Un cas de folie. Traitement du choléra. — Une chambre d'enfants. — De la satisfaction de nos besoins matériels. — Lettres et discours. — Études cliniques, par le docteur HARTUNG, recueil de 116 observations, fruit de vingt-cinq ans d'une grande pratique.

**HAHNEMANN. Exposition de la doctrine médicale homœopathique**, ou Organon de l'art de guérir, par S. HAHNEMANN; traduit de l'allemand, sur la dernière édition, par le docteur A.-J.-L. JOURDAN. *Quatrième édition*, augmentée de Commentaires par le docteur LÉON SIMON, et précédée d'une notice sur la vie et les travaux de S. HAHNEMANN, accompagnée de son portrait gravé sur acier. Paris, 1856. 1 vol. in-8. de 568 pages. 8 fr.

**HAHNEMANN. Doctrine et traitement homœopathique des maladies chroniques**, par S. HAHNEMANN; traduit de l'allemand sur la dernière édition, par A.-J.-L. JOURDAN. *Deuxième édition* entièrement refondue. Paris, 1846 3 vol. in-8 23 fr.

Cette seconde édition est en réalité un ouvrage nouveau. Non-seulement l'auteur a refondu l'histoire de chacun des *vingt deux* médicaments dont se composait la première, et a presque doublé pour chacun d'eux le nombre des symptômes, mais encore il a ajouté *vingt cinq* substances nouvelles, de sorte que le nombre total des médicaments antipsoriques se trouve porté aujourd'hui à *quarante-sept*.

**HARTMANN. Thérapeutique homœopathique des maladies aiguës** et des maladies chroniques, par le docteur FR. HARTMANN; traduit de l'allemand sur la *troisième édition*, par A.-J.-L. JOURDAN et SCHLESINGER. Paris, 1847-1850. 2 forts vol in-8. 18 fr.

Le deuxième et dernier volume. 8 fr.

**HARTMANN. Thérapeutique homœopathique des maladies des enfants**, par le docteur F. HARTMANN, traduit de l'allemand par le docteur LÉON SIMON fils, membre de la Société gallicane de médecine homœopathique. Paris, 1853. 1 vol. in-8 de 600 pages. 8 fr.

**HATIN. Petit traité de médecine opératoire et Recueil de formules** à l'usage des sages-femmes. *Deuxième édition*, augmentée. Paris, 1837, in-18, fig. 2 fr 50

**HAUFF. Mémoire sur l'usage des pompes** dans la pratique médicale et chirurgicale, par le docteur HAUFF, professeur à l'Université de Gand. Paris, 1836. in-8. 3 fr. 50

**HAUSSMANN. Des subsistances de la France**, du blutage et du rendement des farines et de la composition du pain de munition; par N.-V. HAUSSMANN, intendant militaire. Paris, 1848, in-8 de 76 pages. 2 fr.

**HEIDENHAIN et EHRENBERG. Exposition des méthodes hydriatiques de Priessnitz** dans les diverses espèces de maladies, considérées en elles-mêmes et comparées avec celles de la médecine allopathique. Paris, 1842, in-18. 3 fr. 50

**HÉRING. Médecine homœopathique domestique**, par le docteur B. HÉRING (de Philadelphie), rédigée d'après les meilleurs ouvrages homœopathiques et d'après sa propre expérience, avec additions des docteurs Goulon, Gross et Staff, traduite de l'allemand et publiée par le docteur L. MARCHANT. *Quatrième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1859 1 vol. in-12 de 600 pages. 5 fr.

**HERPIN. Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie**, par le docteur TH. HERPIN, docteur en médecine de la Faculté de Paris et de Genève, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, ancien vice-président de la Faculté de médecine et du Conseil de santé de Genève, etc. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* Paris, 1852. 1 vol. in-8 de 650 pages. 7 fr. 50

**ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE**, traduction nouvelle, *avec le texte grec en regard*, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions; accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques; suivie d'une table des matières, par E. LITTRÉ, membre de l'Institut de France. Paris, 1839-1860. - Cet ouvrage formera 9 forts vol. in-8, de 700 pages chacun. Prix de chaque vol. 10 fr.

Il a été tiré quelques exemplaires sur jésus vélin. Prix de chaque volume. 20 fr.

*Les volumes publiés contiennent :*

T. I. Préface (16 pag.). — Introduction (554 p.). — De l'ancienne médecine (83 p.).

T. II. Avertissement (56 pages). — Traité des airs, des eaux et des lieux (93 p.). — Le pronostic (100 pages). — Du régime dans les maladies aiguës (337 pages). — Des épidémies, livre I (190 pages).

T. III. Avertissement (46 pages). — Des épidémies, livre III (149 pages). — Des plaies de tête (211 pages). — De l'officine du médecin (76 pages). — Des fractures (224 pages).

T. IV. Des articulations (327 pages). — Le mochlique (66 pages). — Aphorismes (150 pages). – Le serment (20 pages). — La loi (20 pages).

V. Des épidémies, livres II, IV, V, VI, VII (469 pages). — Des humeurs (35 pages). — Les Prorrhétiques, livre I (71 pages). — Prénotions coaques (161 pages).

T. VI. de l'art (28 pages). — De la nature de l'homme (31 pages). — Du régime salutaire (27 pages). Des vents (29 pages). — De l'usage des liquides (22 pages). Des maladies (68 pages). — Des affections (67 pag.). — Des lieux dans l'homme 40 pag.).

Tome VII. Des maladies, livres II, III (162 pages). — Des affections internes (140 pages). — De la nature de la femme (50 pages). — Du fœtus à 7, 8 et 9 mois. De la génération. De la nature de l'enfant (80 pag.). — Des maladies, livre IV (76 pag.), etc.

Tome VIII. Maladies des femmes, des jeunes filles, de la superfétation, de l'anatomie, de la dentition, des glandes, des chairs, des semaines, etc.

Le tome IX et dernier, comprenant la fin des écrits hippocratiques et la Table générale des matières est sous presse.

**HIPPOCRATE.** **Aphorismes**, traduction nouvelle *avec le texte grec en regard*, collationnée sur les manuscrits et toutes les éditions, précédée d'un argument interprétatif, par E. LITTRÉ, membre de l'Institut de France. Paris, 1844, gr. in-18. 3 fr.

**HIRSCHEL.** **Guide du médecin homœopathe au lit du malade**, et Répertoire de thérapeutique homœopathique, par le docteur HIRSCHEL, traduit de l'allemand par le docteur LÉON SIMON, fils. Paris, 1858. 1 vol. in-18 jésus de 344 pages. 3 fr. 50

**HOEFER.** **Nomenclature et classifications chimiques**, suivies d'un LEXIQUE historique et synonymique comprenant les noms anciens, les formules, les noms nouveaux, le nom de l'auteur et la date de la découverte des principaux produits de la chimie. Paris, 1845. 1 vol. in-12 avec tableaux. 3 fr.

**HOFFBAUER.** **Médecine légale relative aux aliénés**, aux sourds-muets, ou les lois appliquées aux désordres de l'intelligence; par HOFFBAUER; traduit de l'allemand, par CHAMBEYRON, D.-M.-P., avec des notes par ESQUIROL et ITARD. Paris, 1827, in-8. 6 fr.

**HOUDART.** **Étude** historique et critique sur la **Vie** et la **Doctrine d'Hippocrate** et sur l'état de la médecine avant lui : par le docteur HOUDART, membre de l'Académie impériale de médecine. 2e *édition augmentée*. Paris, 1840, in-8. 5 fr.

**HUBERT-VALLEROUX.** **Mémoire sur le catarrhe de l'oreille** et sur la surdité qui en est la suite, avec l'indication d'un nouveau mode de traitement, appuyé d'observations pratiques. *Deuxième édition* augmentée. Paris, 1845, in-8. 2 fr. 50

**HUMBOLDT.** **De distributione geographica plantarum**, secundum cœli temperiem et altitudinem montium. Parisiis, 1817, in-8, avec carte coloriée. 6 fr.

**HUNTER.** **Œuvres complètes de J. Hunter**, traduites de l'anglais sur l'édition de J. Palmer, par le docteur G. RICHELOT. Paris, 1843. 4 forts vol. in-8, avec atlas in-4 de 64 planches. 40 fr.

Cet ouvrage comprend : T. I. Vie de Hunter; Leçons de chirurgie. — T. II. Traité des dents avec notes par Ch. Bell et J. Oudet; Traité de la syphilis, annoté par le docteur Ph. Ricord. – T. III. Traité du sang, de l'inflammation et des plaies par les armes à feu; phlébite, anévrysmes. — T. IV. Observations sur certaines parties de l'économie animale; Mémoires d'anatomie, de physiologie, d'anatomie comparée et de zoologie, annotés par R. Owen.

**HUNTER. Traité de la maladie vénérienne**, par J. HUNTER, traduit de l'anglais par G. RICHELOT, avec de nombreuses annotations par le docteur PH. RICORD, chirurgien de l'hospice des Vénériens. *Troisième édition*, corrigée et augmentée de nouvelles notes. Paris, 1859, in-8 de 800 pages, avec 9 planches. 9 fr.

Parmi les nombreuses additions ajoutées par M. Ricord, nous citerons seulement les suivantes; elles traitent de :

L'inoculation de la syphilis. — Différence d'identité entre la blennorrhagie et le chancre. — Des affections des testicules à la suite de la blennorrhagie. — De la blennorrhagie chez la femme. — Du traitement de la gonorrhée et de l'épididymite. — Des écoulements à l'état chronique. — Des rétrécissements de l'urèthre comme effet de la gonorrhée. — De la cautérisation. — Des bougies. — Des fausses routes de l'urèthre. — Des fistules urinaires. — De l'ulcère syphilitique primitif et du chancre. — Traitement du chancre, de son mode de pansement. — Du phimosis. — Des ulcères phagédéniques. — Des végétations syphilitiques. — Du bubon et de son traitement. — Sur les affections vénériennes de la gorge. — De la syphilis constitutionnelle. — Sur les accidents tertiaires et secondaires de la syphilis. — Des éruptions syphilitiques, de leurs formes, de leurs variétés et de leur traitement. — De la prophylaxie de la syphilis.

**ITARD. Traité des maladies de l'oreille et de l'audition**, par J.-M. ITARD, médecin de l'institution des Sourds-Muets de Paris. *Deuxième édition*, augmentée et publiée par les soins de l'Académie de médecine. Paris, 1842. 2 vol. in-8 avec 3 planches. 14 fr.

Indépendamment des nombreuses additions et de la révision générale, cette seconde édition a été augmentée de deux Mémoires importants, savoir: 1° Mémoire sur le mutisme produit par les lésions des fonctions intellectuelles; 2° De l'éducation d'un homme sauvage, ou des premiers développements physiques et moraux du jeune sauvage de l'Aveyron.

**JAHR. Du traitement homœopathique des maladies des organes de la digestion**, comprenant un précis d'hygiène générale et suivi d'un répertoire diététique à l'usage de tous ceux qui veulent suivre le régime rationnel de la méthode Hahnemann. Paris, 1859, 1 vol. in-18 jésus de 520 pages. 6 fr.

**JAHR. Principes et règles qui doivent guider dans la pratique de l'homœopathie.** Exposition raisonnée des points essentiels de la doctrine médicale de HAHNEMANN. Paris, 1857, in-8 de 528 pages. 7 fr.

**JAHR. Du traitement homœopathique des maladies des femmes**, par le docteur G.-H.-G. JAHR. Paris, 1856, 1 vol. in-12. 6 fr.

**JAHR. Du traitement homœopathique des affections nerveuses** et des maladies mentales. Paris, 1854, un vol. in-12 de 600 pages. 6 fr.

**JAHR. Du traitement homœopathique des maladies de la peau** et des lésions extérieures en général. JAHR. Paris. 1850, 1 vol. in-8 de 608 pages. 8 fr.

Cet ouvrage est divisé en trois parties: 1° Thérapeutique des maladies de la peau; 2° Matière médicale; 3° Répertoire symptomatique.

**JAHR. Du traitement homœopathique du choléra**, avec l'indication des moyens de s'en préserver, pouvant servir de conseils aux familles en l'absence du médecin, par le docteur G.-H.-G. JAHR. Paris, 1848, 1 vol. in-12. 1 fr. 50

**JAHR. Nouveau Manuel de médecine homœopathique**, ou Résumé des principaux effets des médicaments homœopathiques, avec indication des observations cliniques, divisé en deux parties: 1° *Matière médicale;* 2° *Répertoire symptomatologique et thérapeutique*, par le docteur G.-H.-G. JAHR. *Sixième édition* augmentée. Paris, 1855. 4 vol. grand in-12. 18 fr.

**JAHR. Notices élémentaires sur l'homœopathie** et la manière de la pratiquer, avec quelques-uns des effets les plus importants de dix des principaux remèdes homœopathiques, à l'usage de tous les hommes de bonne foi qui veulent se convaincre par des essais de la vérité de cette doctrine, par G.-H.-G. JAHR. *Troisième édition*, augmentée. Paris, 1853, in-18 de 132 pages. 1 fr. 75

**JAHR ET CATELLAN. Nouvelle pharmacopée et posologie homœopathiques**, ou histoire naturelle et préparation des médicaments homœopathiques et de l'administration des doses, par le docteur G.-H.-G. JAHR et A. CATELLAN, pharmacien homœopathe. *Nouvelle édition* corrigée et augmentée, accompagnée de 135 planches intercalées dans le texte. Paris, 1853, in-12 de 430 pages. 7 fr.

L'histoire naturelle des substances animales et végétales a reçu une addition importante : c'est celle de 135 figures intercalées dans le texte, offrant la figure des substances médicinales les plus usitées. Enfin nous recommandons la partie dans laquelle les auteurs traitent de l'*administration des doses des médicaments*, et où ils indiquent, suivant les règles, la véritable sphère d'action à chacun des divers modes d'employer les médicaments, tels que l'*olfaction*, les *globules*, les *gouttes*, les *solutions aqueuses*, ainsi que l'usage le plus convenable des diverses *dilutions* dans les différents cas de la maladie.

**JOBERT. Traité de chirurgie plastique**, par le docteur JOBERT (de Lamballe), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Institut de France, de l'Académie de médecine, Paris, 1849. 2 vol. in-8 et atlas de 18 planches in-fol. grav. et color. d'après nature. 50 fr.

Les succès obtenus par M. le docteur Jobert dans les diverses et grandes opérations chirurgicales qui réclament l'autoplastie, et particulièrement dans le traitement des fistules vésico-vaginales, donnent à cet ouvrage une très haute importance; il suffit donc d'indiquer les sujets qui y sont traités. — Des cas qui réclament l'autoplastie, des préparations auxquelles il convient de soumettre les parties intéressées dans l'opération. — Des parties qui doivent entrer dans la composition du lambeau et des tissus propres à le former. — Des méthodes autoplastiques. — Application pratique, autoplastie crânienne, faciale et de l'appareil de la vision. — De la rhinoplastie ou réparation du nez, de la réparation des joues, de la bouche (stomatoplastie). — De la trachéoplastie, de la thoracoplastie. — Autoplastie des membres supérieurs. — Autoplastie du canal intestinal et dans les hernies. — Autoplastie des organes génitaux de l'homme (testicule, fistule urinaire, périnée). — Autoplastie des organes génito-urinaires de la femme, vice de conformation des grandes et petites lèvres, oblitération de la vulve et du vagin. — Autoplastie de l'urèthre et de la vessie chez la femme; fistules vésico-vaginales, chapitre important qui occupe près de 400 pages.

**JOBERT. Traités des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales**; par le docteur JOBERT (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1852, in-8 avec 10 figures intercalées dans le texte. 7 fr. 50
Ouvrage *faisant suite* et servant de *Complément* au TRAITÉ DE CHIRURGIE PLASTIQUE.

**JOURDAN. Pharmacopée universelle**, ou Conspectus des pharmacopées d'Amsterdam, Anvers, Dublin, Édimbourg, Ferrare, Genève, Grèce, Hambourg, Londres, Oldenbourg, Parme, Sleswig, Strasbourg, Turin, Würtzbourg; américaine, autrichienne, batave, belge, danoise, espagnole, finlandaise, française, hanovrienne, hessoise, polonaise, portugaise, prussienne, russe, sarde, saxonne, suédoise et wurtembergeoise; des dispensaires de Brunswick, de Fulde, de la Lippe et du Palatinat; des pharmacopées militaires de Danemark, de France, de Prusse et de Würtzbourg; des formulaires et pharmacopées d'Ammon, Augustin, Béral, Bories, Brera, Brugnatelli, Cadet de Gassicourt, Cottereau, Cox, Ellis, Foy, Giordano, Guibourt, Hufeland, Magendie, Phœbus, Piderit, Pierquin, Radius, Ratier, Saunders, Schubarth, Sainte-Marie, Soubeiran, Spielmann, Swediaur, Taddei et Van Mons; ouvrage contenant les caractères essentiels et la synonymie de toutes les substances citées dans ces recueils, avec l'indication, à chaque préparation, de ceux qui l'ont adoptée, des procédés divers recommandés pour l'exécution, des variantes qu'elle présente dans les différents formulaires, des noms officinaux sous lesquels on la désigne dans divers pays, et des doses auxquelles on l'administre; par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie impériale de médecine. *Deuxième édition entièrement refondue et considérablement augmentée, précédée de Tableaux présentant la concordance des divers poids médicinaux de l'Europe entre eux et avec le système décimal.* Paris, 1840. 2 forts volumes in-8 de chacun près de 800 pages, à deux colonnes. 25 fr.

**JOURDAN. Dictionnaire** raisonné, étymologique, synonymique et polyglotte **des termes usités dans les sciences naturelles**; comprenant l'anatomie, l'histoire naturelle et la physiologie générales; l'astronomie, la botanique, la chimie, la géographie physique, la géologie, la minéralogie, la physique, la zoologie, etc.; par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1834. 2 forts vol. in-8, à deux colonnes. 6 fr.

**KONINCK. Description des animaux fossiles** qui se trouvent dans le terrain carbonifère de Belgique, par L. DE KONINCK, professeur de l'Université de Liége, 1844. 2 vol. in-4 dont un de 69 planches. 60 fr.

— Supplément, 1851, in-4 de 76 pages, avec 5 planches. 8 fr.

Cet important ouvrage comprend : 1° les Polypiers, 2° les Radiaires, 3° les Annélides, 4° les Mollusques céphalés et acéphales, 5° les Crustacés, 6° les Poissons, divisés en 85 genres et 434 espèces. C'est un des ouvrages que l'on consultera avec le plus d'avantage pour l'étude comparée de la géologie et de la conchyliologie.

**LACAUCHIE. Traité d'hydrotomie**, ou des Injections d'eau continues dans les recherches anatomiques, par le docteur LACAUCHIE, ancien professeur d'anatomie à l'hôpital du Val-de-Grâce, chirurgien en chef de l'hôpital du Roule. Paris, 1853, in-8 avec 6 planches. 4 fr

**LAFITTE.** **Symptomatologie homœopathique**, ou tableau synoptique de toute la matière pure, à l'aide duquel se trouve immédiatement tout symptôme ou groupe de symptômes cherché ; par P.-J. LAFITTE. Paris, 1844. 1 vol. in-4 de près de 1000 pages. 35 fr.

**LALLEMAND.** **Des pertes séminales involontaires**, par F. LALLEMAND, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, membre de l'Institut. Paris, 1836-1842. 3 vol. in-8, publiés en 5 parties. 26 fr.

On peut se procurer séparément le Tome II, en deux parties. 9 fr.

— Le Tome III, 1842, in-8. 7 fr.

**LAMARCK.** **Histoire naturelle des animaux sans vertèbres**, présentant les caractères généraux et particuliers de ces animaux, leur distribution, leurs classes, leurs familles, leurs genres et la citation synonymique des principales espèces qui s'y rapportent ; par J. B.-P.-A. de LAMARCK, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'Histoire naturelle. *Deuxième édition*, revue et augmentée des faits nouveaux dont la science s'est enrichie jusqu'à ce jour ; par M. G.-P. DESHAYES et H. MILNE EDWARDS. Paris, 1835 - 1845. 11 forts vol. in 8. 88 fr.

Cet ouvrage est distribué ainsi : T. I, *Introduction, Infusoires ;* T. II, *Polypiers ;* T. III, *Radiaires, Tuniciers, Vers, Organisation des insectes* ; T. IV, *Insectes* ; T. V, *Arachnides, Crustacés, Annélides, Cirrhipèdes ;* T. VI, VII, VIII, IX, X, XI, *Histoire des Mollusques.*

Dans cette nouvelle édition M. DESHAYES s'est chargé de revoir et de compléter l'*Introduction*, l'*Histoire des Mollusques* et des *Coquilles ;* M. MILNE EDWARDS, les *Infusoires*, les *Polypiers*, les *Zoophytes*, l'organisation des *Insectes*, les *Arachnides*, les *Crustacés*, les *Annélides*, les *Cirrhipèdes ;* M. F. DUJARDIN, les *Radiaires*, les *Échinodermes* et les *Tuniciers ;* M. NORDMANN (de Berlin), les *Vers*, etc.

Les nombreuses découvertes des voyageurs, les travaux originaux de MM. Milne Edwards et Deshayes, ont rendu les additions tellement importantes, que l'ouvrage de Lamarck a plus que doublé dans plusieurs parties, principalement dans l'Histoire des Mollusques, et nous ne craignons pas de présenter cette deuxième édition comme un ouvrage nouveau, devenu de première nécessité pour toute personne qui veut étudier avec succès les sciences naturelles en général, et en particulier celle des animaux inférieurs.

**LAMOTTE.** **Catalogue des plantes vasculaires de l'Europe centrale**, comprenant la France, la Suisse, l'Allemagne, par MARTIAL LAMOTTE. Paris, 1847, in-8 de 104 pages, petit-texte à deux colonnes. 2 fr. 50

Ce catalogue facilitera les échanges entre les botanistes et leur évitera les longues listes de plantes de leurs demandes et des plantes qu'ils peuvent offrir. — Il servira de catalogue d'herbier, de table pour des ouvrages sur les plantes de France et d'Allemagne ; il sera d'une grande utilité pour recevoir des notes de géographie botanique, pour signaler les espèces qui composent les flores des localités circonscrites, pour désigner les plantes utiles et industrielles, les plantes médicinales, les espèces ornementales, pour comparer la végétation arborescente à celle qui est herbacée, les rapports numériques des genres, des espèces, etc.

**LANGLEBERT.** **Guide pratique, scientifique et administratif de l'étudiant en médecine**, ou Conseils aux élèves sur la direction qu'ils doivent donner à leurs études ; suivi des règlements universitaires, relatifs à l'enseignement de la médecine dans les facultés, les écoles préparatoires, et des conditions d'admission dans le service de santé de l'armée et de la marine ; 2e *édition, corrigée et entièrement refondue* ; par le docteur ED. LANGLEBERT. Paris, 1852. Un beau vol. in-18 de 340 pag. 2 fr. 50

Dans la *première partie*, M. Langlebert prend l'élève à partir inclusivement du baccalauréat ès sciences, et il le conduit par la longue série des études et des examens jusqu'au doctorat ; il lui indique les cours officiels ou particuliers qu'il doit fréquenter, les livres qu'il doit lire ou consulter ; de plus, à chacune de ces indications, M. Langlebert ajoute une appréciation des hommes et des choses qu'elle comporte. Il y a de l'indépendance dans ses appréciations, on y sent une vive sympathie pour l'élève, et le désir de lui aplanir les difficultés qu'il rencontre en pénétrant dans nos Écoles.

La *deuxième partie* est consacrée à l'exposition des règlements et ordonnances relatives à l'étude de la médecine actuellement en vigueur ; il fait connaître le personnel et l'enseignement des Facultés de Montpellier et de Strasbourg et des écoles préparatoires, etc., etc.

**LEBERT. Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale**, ou description et iconographie pathologique des affections morbides, tant liquides que solides, observées dans le corps humain, par le docteur H. LEBERT, professeur de clinique médicale à l'Université de Zurich, membre des Sociétés anatomique, de biologie, de chirurgie et médicale d'observation de Paris. Paris, 1855-1860. 2 vol. in-folio de texte, et d'environ 200 planches dessinées d'après nature, gravées et la plupart coloriées.

Le tome Ier, texte, 760 pages, et tome Ier, planches 1 à 94, sont complets en 20 livraisons.

Le tome II comprendra les livraisons XXI à XL, avec les planches 95 à 200.

Il se publie par livraisons, chacune composée de 30 à 40 pages de texte, sur beau papier velin, et de 5 planches in-folio gravées et coloriées. Prix de la livraison: 15 fr.

*XXX livraisons sont en vente.*

Cet ouvrage est le fruit de plus de douze années d'observations dans les nombreux hôpitaux de Paris. Aidé du bienveillant concours des médecins et des chirurgiens de ces établissements, trouvant aussi des matériaux précieux et une source féconde dans les communications et les discussions des Sociétés anatomique, de biologie, de chirurgie et médicale d'observation, M. Lebert réunissait tous les éléments pour entreprendre un travail aussi considérable. Placé maintenant à la tête du service médical d'un grand hôpital à Zurich, dans les salles duquel il a constamment cent malades, l'auteur continue à recueillir des faits pour cet ouvrage, vérifie et contrôle les résultats de son observation dans les hôpitaux de Paris par celle des faits nouveaux à mesure qu'ils se produisent sous ses yeux.

**LEBERT. Physiologie pathologique**, ou Recherches cliniques, expérimentales et microscopiques sur l'inflammation, la tuberculisation, les tumeurs, la formation du cal, etc., par le docteur H. LEBERT, professeur à l'Université de Zurich. Paris, 1845. 2 vol. in-8, avec atlas de 22 planches gravées. 23 fr.

Cet important ouvrage est ainsi divisé:

Dans la *première partie*, l'auteur traite de l'INFLAMMATION dans tous les organes, avec les terminaisons diverses et les modifications que lui impriment les différentes parties dans lesquelles on l'observe. — Dans la *deuxième partie*, il examine la TUBERCULISATION, il en fait connaître les caractères généraux, et dit quels sont les principaux phénomènes qu'elle presente suivant son siege. — Dans la *troisième partie*, qui forme presque en entier le second volume, sont consignées les recherches sur les TUMEURS homœomorphes et hétéromorphes. Il traite d'une manière particulière et avec détail de la nature et de la structure du cancer.

L'ouvrage est terminé par quatre Mémoires : 1° *sur la formation du cal*; 2° *sur les productions végétales que l'on rencontre dans la teigne*; 3° *sur les hydatides du foie renfermant des échinocoques*; 4° *sur la théorie cellulaire et la formation des parties élémentaires qui constituent les organes à l'état normal et à l'état pathologique.*

**LEBERT. Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses**, par le docteur H. LEBERT. *Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine.* Paris, 1849. 1 vol. in-8 de 820 pages. 9 fr.

**LEBERT. Traité pratique des maladies cancéreuses** et des affections curables confondues avec le cancer, par le docteur H. LEBERT. Paris, 1851. 1 vol. in-8 de 892 pages. 9 fr.

**LEBLANC et TROUSSEAU. Anatomie chirurgicale des principaux animaux domestiques**, ou Recueil de 30 planches représentant : 1° l'anatomie des régions du cheval, du bœuf, du mouton, etc., sur lesquelles on pratique les opérations les plus graves; 2° les divers états des dents du cheval, du bœuf, du mouton, du chien, indiquant l'âge de ces animaux; 3° les instruments de chirurgie vétérinaire; 4° un texte explicatif; par U. LEBLANC, médecin vétérinaire, ancien répétiteur à l'École vétérinaire d'Alfort, et A. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de Paris. Paris, 18[illegible]. 1 grand in-fol. composé de 30 planches gravées et coloriées avec soin. 12 fr.

Cet atlas est dessiné par Chazal, sur des pièces anatomiques originales, et gravé par Ambr. Tardieu.

**LECANU. Cours de pharmacie**, Leçons professées à l'École de pharmacie, par L.-R. LECANU, professeur à l'École de pharmacie, membre de l'Académie impériale de médecine et du Conseil de salubrité. Paris, 1842. 2 vol. in-8. 14 fr.

**LECANU. Éléments de géologie**, par L.-R. LECANU, docteur en médecine, professeur titulaire à l'École supérieure de pharmacie de Paris. *Seconde édition revue et corrigée.* Paris, 1857. 1 vol. in-18 jésus. 3 fr.

Q. **Éléments de géographie physique et de météorologie**, ou Résumé des no-
ıs acquises sur les grandes lois de la nature, servant d'introduction à l'étude de
géologie ; par H. LECOQ, professeur d'Histoire naturelle à Clermont-Ferrand.
ıis, 1836. 1 fort vol. in-8, avec 4 planches gravées. 9 fr.

Q. **Éléments de géologie et d'hydrographie**, ou Résumé des notions acquises
les grandes lois de la nature, faisant suite et servant de complément aux Élé-
nts de géographie physique et de météorologie, par H. LECOQ. Paris, 1838 2 forts
umes in-8, avec VIII planches gravées. 15 fr.

Q. **Études sur la géographie botanique de l'Europe**, et en particulier sur la
;étation du plateau central de la France, par H. LECOQ, professeur d'Histoire na-
elle de la ville de Clermont-Ferrand. Paris, 1851-1858. 9 beaux vol. grand in-8,
ıc 3 planches coloriées. *Ouvrage complet.* 72 fr.

Q et JUILLET. **Dictionnaire raisonné des termes de botanique et des familles turelles**, contenant l'étymologie et la description détaillée de tous les organes,
r synonymie et la définition des adjectifs qui servent à les décrire ; suivi d'un
ıbulaire des termes grecs et latins le plus généralement employés dans la glosso-
ie botanique ; par H. LECOQ et J. JUILLET. Paris, 1831. 1 vol. in-8. 9 fr.

VRE. **Recherches sur les causes de la colique sèche** observée sur les na-
es de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales et sur les
yens d'en prévenir le développement, par M. A. LEFÈVRE, directeur du service
santé de la marine au port de Brest. Paris, 1859, in-8 de 312 pages. 4 fr. 50

ENDRE. **Anatomie chirurgicale homalographique**, ou Description et figures des
ncipales régions du corps humain représentées de grandeur naturelle et d'après
sections plans faites sur des cadavres congelés, par le docteur E.-Q. LE GENDRE,
ısecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, lauréat de l'Institut de France. Pa-
, 1858, 1 vol. in-fol de 25 planches dessinées et lithographiées par l'auteur,
ıc un texte descriptif et raisonné. 20 fr.

IT. **L'Amulette de Pascal**, pour servir à l'histoire des hallucinations, par le doc-
ır F. LÉLUT, membre de l'Institut. Paris, 1846, in-8. 6 fr.

ouvrage fixera tout à la fois l'attention des médecins et des philosophes ; l'auteur suit Pascal
outes les phases de sa vie, la précocité de son génie, sa première maladie, sa nature nerveuse
ancolique, ses croyances aux miracles et à la diablerie, l'histoire de l'accident du pont de Neuilly,
hallucinations qui en sont la suite. Pascal compose les *Provinciales*, les *Pensées* ; ses relations
e monde, sa dernière maladie, sa mort et son autopsie. M. Lélut a rattaché à l'*Amulette de*
*l* l'histoire des hallucinations de plusieurs hommes célèbres, telles que la vision de l'abbé de
ıe, le globe de feu de Benvenuto Cellini, l'abîme imaginaire de l'abbé J.-J. Boileau, etc.

JT. **Du démon de Socrate**, spécimen d'une application de la science psycho-
gique à celle de l'histoire, par le docteur L.-F. LÉLUT, membre de l'Institut, mé-
cin de l'hospice de la Salpêtrière. *Nouvelle édition* revue, corrigée et augmentée
ıne préface. Paris, 1856, in-18 de 348 pages. 3 fr. 50

JT. **Qu'est-ce que la phrénologie?** ou Essai sur la signification et la valeur des
stèmes de psychologie en général, et de celui de GALL en particulier, par
LÉLUT, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. Paris, 1836, in-8. 7 fr.

JT. **De l'organe phrénologique de la destruction chez les animaux**, ou Examen
cette question : Les animaux carnassiers ou féroces ont-ils, à l'endroit des tempes,
cerveau et par suite le crâne plus large proportionnellement à sa longueur que ne
ınt les animaux d'une nature opposée? par F. LÉLUT. Paris, 1838, in-8, fig. 2 fr. 50

OINE. **Du sommeil**, au point de vue physiologique et psychologique, par ALBERT
EMOINE, professeur de philosophie au lycée Bonaparte. *Ouvrage couronné par l'In-*
*titut de France* (*Académie des sciences morales et politiques*). Paris, 1855, in-12
410 pages. 3 fr. 50

OINE. **Stahl et l'animisme**, mémoire lu à l'Académie des sciences morales et po-
iques, par Alb. LEMOINE, professeur de philosophie au lycée Bonaparte. Paris,
358, 1 vol. in-8 de 208 pages. 3 fr. 50

OY. **Exposé des divers procédés employés jusqu'à ce jour pour guérir de la pierre sans avoir recours à l'opération de la taille** ; par J. LEROY (d'Étiolles),
octeur en chirurgie de la Faculté de Paris. Paris, 1825, in-8 avec 5 planches. 4 fr.

**LEROY**. **Histoire de la lithotritie**, précédée de réflexions sur la dissolution des calculs urinaires, par J. LEROY (d'Étiolles). Paris, 1839, in-8, fig. 3 fr. 50

**LEROY**. **Médecine maternelle, ou l'Art d'élever et de conserver les enfants**, par Alphonse LEROY, professeur de la Faculté de médecine de Paris. Seconde édition. Paris, 1830, in-8. 6 fr.

**LESSON**. **Species des mammifères** bimanes et quadrumanes, suivi d'un Mémoire sur les Oryctéropes, par R.-P. LESSON, professeur à l'hôpital de la marine du port de Rochefort, etc. Paris, 1840, in-8. 3 fr.

**LESSON**. **Nouveau tableau du règne animal**. Mammifères. Paris, 1842, in-8. 3 fr.

**LEURET et GRATIOLET**. **Anatomie comparée du système nerveux considéré dans ses rapports avec l'intelligence**, par FR. LEURET, médecin de l'hospice de Bicêtre, et P. GRATIOLET, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle. Paris, 1839-1857. OUVRAGE COMPLET. 2 vol. in-8 et atlas de 32 planches in-fol., dessinées d'après nature et gravées avec le plus grand soin. Figures noires. 48 fr.
Le même, figures coloriées. 96 fr.

Tome I, par LEURET, comprend la description de l'encéphale et de la moelle rachidienne, le volume, le poids, la structure de ces organes chez les animaux vertébrés, l'histoire du système ganglionnaire des animaux articulés et des mollusques, et l'exposé de la relation qui existe entre la perfection progressive de ces centres nerveux et l'état des facultés instinctives, intellectuelles et morales.

Tome II, par GRATIOLET, comprend l'anatomie du cerveau de l'homme et des singes, des recherches nouvelles sur le développement du crâne et du cerveau, et une analyse comparée des fonctions de l'intelligence humaine.

— Séparément le tome II. Paris, 1857, in-8 de 692 pages, avec atlas de 16 planches dessinées d'après nature, gravées. Figures noires. 24 fr.
Figures coloriées. 48 fr.

**LEURET**. **Du traitement moral de la folie**, par F. LEURET, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre. Paris, 1840, in-8. 6 fr.

**LÉVY**. **Traité d'hygiène publique et privée**, par le docteur Michel LÉVY, directeur de l'École impériale de médecine militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, membre de l'Académie impériale de médecine. *Troisième édition*, revue et augmentée. Paris, 1857. 2 vol. in-8. Ensemble, 1500 pages. 17 fr.

L'ouvrage de M. Lévy est non-seulement l'expression la plus complète, la plus avancée de la science hygiénique, mais encore un livre marqué au coin de l'observation, comprenant le plus grand nombre de faits positifs sur les moyens de conserver la santé et de prolonger la vie, rempli d'idées et d'aperçus judicieux, écrit avec cette verve et cette élégante pureté de style qui depuis longtemps ont placé l'auteur parmi les écrivains les plus distingués de la médecine actuelle. Cet ouvrage est en rapport avec les progrès accomplis dans les autres branches de la médecine. La *Troisième édition* a subi une révision générale et reçu de nombreuses additions.

**LÉVY**. **Rapport sur le traitement de la gale**, adressé au ministre de la guerre par le Conseil de santé des armées, M. LÉVY, *rapporteur*. Paris, 1852, in-8. 1 fr. 25

**LIEBIG**. **Manuel pour l'analyse des substances organiques**, par G. LIEBIG, professeur de chimie à l'Université de Munich; traduit de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN, suivi de l'Examen critique des procédés et des résultats de l'analyse élémentaire des corps organisés, par F.-V. RASPAIL. Paris, 1838, in-8, figures. 3 fr. 50

Cet ouvrage, déjà si important pour les laboratoires de chimie, et que recommande à un si haut degré la haute réputation d'exactitude de l'auteur, acquiert un nouveau degré d'intérêt par les additions de M. Raspail.

**LIND**. **Essais sur les maladies des Européens dans les pays chauds**, et les moyens d'en prévenir les suites. Traduit de l'anglais par [illegible] DE LA CHAUME. Paris, 1785. 2 vol. in-12. 6 fr.

**LOISELEUR-DESLONCHAMPS**. **Flora gallica**, seu Enumeratio plantarum in Gallia sponte nascentium, secundum Linnæanum systema digestarum, addita familiarum naturalium synopsi; auctore J.-L.-A. LOISELEUR-DESLONCHAMPS. Editio secunda, aucta et emendata, cum tabulis 31. Paris, 1828. 2 vol. in-8. 10 fr.

**LONDE.** Nouveaux éléments d'hygiène, par le docteur Charles LONDE, membre de l'Académie impériale de médecine. *Troisième édition*. Paris, 1847. 2 vol. in-8. 14 fr.

Cette troisième édition diffère beaucoup de celles qui l'ont précédée. On y trouvera des changements considérables sous le rapport des doctrines et sous celui des faits, beaucoup d'additions, notamment dans la partie consacrée aux préceptes d'hygiène applicables aux facultés intellectuelles et morales, à celles de l'appareil locomoteur, des organes digestifs et des principes alimentaires, à l'hygiène de l'appareil respiratoire, etc.

**LOUIS.** Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phthisie, par P.-CH. LOUIS. 2e *édit. considérablement augmentée*. Paris, 1843, in-8. 8 fr.

**LOUIS.** Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires, et sur l'action de l'émétique et des vésicatoires dans la pneumonie; par P.-CH. LOUIS. Paris, 1836, in-8. 2 fr. 50

**LOUIS.** Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies connues sous les noms de FIÈVRE TYPHOÏDE, Putride, Adynamique, Ataxique, Bilieuse, Muqueuse, Entérite folliculeuse, Gastro-Entérite, Dothiénentérite, etc., considérée dans ses rapports avec les autres affections aiguës; par P.-Ch. LOUIS, membre de l'Académie impériale de médecine. *Deuxième édition augmentée*. Paris, 1841. 2 vol. in-8. 13 fr.

**LOUIS.** Examen de l'examen de M. Broussais, relativement à la phthisie et aux affections typhoïdes; par P.-Ch. LOUIS. Paris, 1834, in-8. 3 fr. 50

**LOUIS.** Éloges lus dans les séances publiques de l'Académie royale de chirurgie de 1750 à 1792, par A. Louis, recueillis et publiés pour la première fois, au nom de l'Académie impériale de Médecine, et d'après les manuscrits originaux, avec une introduction, des notes et des éclaircissements, par FRÉD. DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de Médecine. Paris, 1859, 1 vol. in-8 de 548 pages. 7 fr. 50

Cet ouvrage contient : Introduction historique par *M. Dubois*, 76 pages; Éloges de J.-L. Petit, Bassuel, Malaval, Verdier, Rœderer, Molinelli, Bertrandi, Foubert, Lecat, Ledran, Pibrac, Benomont, Morand, Van Swieten, Quesnay, Haller, Flurent, Willius, Lamartinière, Houstet, de la Faye, Bordenave, David, Faure, Caqué, Fagon, Camper, Hevin, Pipelet, et l'éloge de Louis, par Sue. Embrassant tout un demi-siècle et renfermant outre les détails historiques et biographiques, des appréciations et des jugements sur les faits, cette collection forme une véritable histoire de la chirurgie française au XVIIIe siècle.

**LUCAS.** Traité physiologique et philosophique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux, avec l'application méthodique des lois de la procréation au traitement général des affections dont elle est le principe. — Ouvrage où la question est considérée dans ses rapports avec les lois primordiales, les théories de la génération, les causes déterminantes de la sexualité, les modifications acquises de la nature originelle des êtres et les diverses formes de névropathie et d'aliénation mentale, par le docteur Pr. LUCAS. Paris, 1847-1850. 2 forts volumes in-8. 16 fr.

Le tome II et dernier. Paris, 1850, in-8 de 936 pages. 8 fr. 50

**LUDOVIC HIRSCHFELD ET LÉVEILLÉ.** Névrologie ou Description et Iconographie du système nerveux et des Organes des sens de l'homme, avec leurs modes de préparations, par M. le docteur Ludovic HIRSCHFELD, professeur d'anatomie à l'École pratique de la Faculté de Paris, et M. J.-B. LÉVEILLÉ, dessinateur. Paris, 1853. *Ouvrage complet*, 1 beau vol. in-4, composé de 400 pages de texte et de 92 planches in-4, dessinées d'après nature et lithographiées par M. Léveillé. (Il a été publié en 10 livraisons, chacune de 9 planches.) — Prix de l'ouvrage complet, figures noires. 50 fr.

Le même, figures coloriées. 100 fr.

Demi-reliure, dos de maroquin non rogné. En plus. 6 fr.

Demi-reliure, dos de maroquin non rogné, en 2 vol. En plus. 12 fr.

Les médecins et les étudiants trouveront, dans cet ouvrage, les moyens de se former aux dissections difficiles par l'exposition du meilleur mode de préparation. Il sera pour eux un guide qui leur économisera un temps précieux perdu presque toujours en tâtonnements; ils auront dans les figures des modèles assez détaillés pour les diverses parties qu'ils désireront reproduire sur la nature humaine; enfin il leur aplanira bien des obstacles dans l'étude si difficile et si importante du système nerveux.

**LYONET.** Recherches sur l'anatomie et les métamorphoses de différentes espèces d'insectes; par L.-L. LYONET, publiées par W. de HAAN, Paris, 1832. 2 vol. in-4, accompagnés de 54 planches gravées. 25 fr.

**MAGENDIE. Phénomènes physiques de la vie.** Leçons professées au Collége de France, par M. MAGENDIE, membre de l'Institut. Paris, 1842. 4 vol. in-8. 10 fr.

**MAILLOT. Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes**, d'après des observations recueillies en France, en Corse et en Afrique; par F.-C. MAILLOT, membre du Conseil de santé des armées, ancien médecin en chef de l'hôpital de Bône. Paris, 1836, in-8. 6 fr. 50

**MALGAIGNE. Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale**, par J.-F. MALGAIGNE, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine. *Deuxième édition revue et considérablement augmentée.* Paris, 1859, 2 forts vol. in-8. 18 fr.

**MALGAIGNE. Traité des fractures et des luxations**, par J.-F. MALGAIGNE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1847-1855. 2 beaux vol. in-8, et atlas de 30 planches in-folio. 33 fr.

Le tome II, *Traité des luxations*, Paris, 1855, in-8 de 1100 pages avec atlas de 14 planches in-folio et le texte explicatif des planches des 2 volumes. 16 fr. 50

Au milieu de tant de travaux éminents sur plusieurs points de la chirurgie, il y avait lieu de s'étonner que les fractures et les luxations n'eussent pas fixé l'attention des chirurgiens; il y avait pourtant urgence de sortir du cadre étroit des traités généraux : tel est le but du nouvel ouvrage de M. Malgaigne, et son livre présente ce caractère, qu'au point de vue historique il a cherché à présenter l'ensemble de toutes les doctrines, de toutes les idées, depuis l'origine de l'art jusqu'à nos jours, en recourant autant qu'il l'a pu aux sources originales. Au point de vue dogmatique, il n'a rien affirmé qui ne fût appuyé par des faits, soit de sa propre expérience, soit de l'expérience des autres. Là où l'observation clinique faisait défaut, il a cherché à y suppléer par des expériences, soit sur le cadavre de l'homme, soit sur les animaux vivants; mais par-dessus tout il a tenu à jeter sur une foule de questions controversées le jour décisif de l'anatomie pathologique, et c'est là l'objet de son bel atlas.

**MALLE. Clinique chirurgicale** de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, par le docteur P. MALLE, professeur de cet hôpital. Paris, 1838. 1 vol. in-8 de 700 pages. 6 fr.

**MANDL. Anatomie microscopique**, par le docteur L. MANDL, professeur de microscopie. Paris, 1838-1857, *ouvrage complet.* 2 vol. in folio, avec 92 planches. 276 fr.

Le tome I^er^, l'HISTOLOGIE, est divisé en deux séries : *Tissus et organes. — Liquides organiques.* Est complet en XXVI livraisons, accompagnées de 52 planches lithographiées. Elles comprennent : PREMIÈRE SÉRIE : 1° *Muscles;* 2° *et* 3° *Nerfs et cerveau;* 4° *et* 5° *Appendices tégumentaires;* 6° *Terminaisons des nerfs;* 7° *Cartilages, Os et Dents;* 8° *Tissus cellulaire et adipeux;* 9° *Tissus séreux, fibreux et élastiques;* 10° *Épiderme et Épithélium;* 11° *Glandes;* 12° *Vaisseaux sanguins;* 13° *Vaisseaux lympathiques;* 14° *Structure du foie et des glandes vasculaires;* 15° *Structure intime des organes de la respiration;* 16° *Structure des organes urinaires.* 17° *Structure des organes génitaux;* 18° *Structure de la peau;* 19° *Membrane muqueuse et organes digestifs;* 20° *et* 21° *Organes des sens.* DEUXIÈME SÉRIE : 1° *Sang;* 2° *Pus et Mucus;* 3° *Urine et Lait;* 4° *et* 5° *le Sperme.* Prix de chaque livraison, composée chacune de 5 feuilles de texte et 2 planches lithographiées. 6 fr.

Le tome II^e^, comprenant l'HISTOGENÈSE ou Recherches sur le Développement, l'accroissement et la reproduction des éléments microscopiques, des tissus et des liquides organiques dans l'œuf, l'embryon et les animaux adultes. *Complet* en XX livraisons, accompagnées de 40 planches. Prix de chaque livraison. 6 fr.

**MANDL ET EHRENBERG. Traité pratique du microscope** et de son emploi dans l'étude des corps organisés, par le docteur L. MANDL, suivi de **Recherches sur l'organisation des animaux infusoires** par C.-G. EHRENBERG, professeur à l'Université de Berlin. Paris, 1839, in-8, avec 14 planches. 8 fr.

**MANEC. Anatomie analytique.** Tableau représentant l'axe cérébro-spinal chez l'homme, avec l'origine et les premières divisions des nerfs qui en partent, par M. MANEC, chirurgien des hôpitaux de Paris. Une feuille très grand in-folio. 2 fr.

**MARC. De la folie** considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, par C.-C.-H. MARC, médecin assermenté près les tribunaux. Paris, 1840. 2 vol. in-8. 15 fr.

**MARCÉ. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices**, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet, par le docteur L.-V. MARCÉ, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine, membre de la Société anatomique. Paris, 1858, 1 vol. in-8 de 400 pages. 6 fr.

**MARTIN-SAINT-ANGE. Étude de l'appareil reproducteur dans les cinq classes d'animaux vertébrés**, aux points de vue anatomique, physiologique et zoologique, mémoire couronné par l'Institut (Académie des sciences). Paris, 1854, grand in-4 de 234 pages, plus 17 planches gravées dont une coloriée. 25 fr.

**MARTIN-SAINT-ANGE. Mémoires sur l'organisation des Cirrhipèdes** et sur leurs rapports naturels avec les animaux articulés, Paris, 1835, in-8, avec planches. 2 fr. 50

**MASSE. Petit atlas complet d'anatomie descriptive du corps humain**, par le docteur J.-N. MASSE, professeur d'anatomie. Ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique. *Quatrième édition*, contenant 112 planches, dont 10 nouvelles et un texte explicatif en regard. Toutes les planches sont dessinées d'après nature, et grav. sur acier. Paris, 1852. 1 vol. in-12, cart. à l'angl., fig. noires. 20 fr.

— Le même ouvrage, figures coloriées. 36 fr.

Cet atlas peut servir de complément à tous les traités d'anatomie. Les 112 planches qui le composent sont ainsi divisées :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1° Ostéologie | 12 pl. | 5° Splanchnologie | 15 pl. |
| 2° Syndesmologie | 8 | 6° Angéiologie | 28 |
| 3° Myologie | 18 | 7° Névrologie | 27 |
| 4° Aponévrologie | 4 | | |

**MASSE. Traité pratique d'anatomie descriptive**, suivant l'ordre de l'Atlas d'anatomie, par le docteur J.-N. MASSE, professeur d'anatomie. Paris, 1858, 1 vol. in-12 de 700 pages, cartonné à l'anglaise. 7 fr.

Le *Traité* et l'*Atlas* ont un cartonnage uniforme.

L'accueil fait au *Petit atlas d'anatomie descriptive*, tant en France que dans les diverses Écoles de médecine de l'Europe, a prouvé à l'auteur que son livre répondait à un besoin, et cependant ces planches ne sont accompagnées que d'un texte explicatif insuffisant pour l'étude. C'est pourquoi M. Masse, cédant aux demandes qui lui en ont été faites, publie le *Traité pratique d'anatomie descriptive*, suivant l'ordre des planches de l'atlas. C'est un complément indispensable qui servira dans l'amphithéâtre et dans le cabinet à l'interprétation des figures.

**MATHIEU (E.). Études cliniques sur les maladies des femmes** appliquées aux affections nerveuses et utérines, et précédées d'essais philosophiques et anthropologiques sur la physiologie et la pathologie. Paris, 1850. 1 vol. in-8 de 834 pages. 8 fr.

**MATHYSEN (A.). Traité du bandage plâtré.** Paris, 1859, in-8 avec figures intercalées dans le texte. 1 fr. 25

**MAYER. Des rapports conjugaux**, considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique, par le docteur ALEX. MAYER, médecin de l'inspection générale de salubrité et de l'hospice impérial des Quinze-Vingts. *Troisième édition* entièrement refondue. Paris, 1857, in-18 jésus de 384 pages. 3 fr.

**MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** Tome I, Paris, 1828. — Tome II, 1832. — Tome III, 1833. — Tome IV, 1835. — Tome V, 1836. — Tome VI, 1837. — Tome VII, 1838. — Tome VIII, 1840. — Tome IX, 1841. — Tome X, 1843. — Tome XI, 1845. — Tome XII, 1846. — Tome XIII, 1848. — Tome XIV, 1849. — Tome XV, 1850. — Tome XVI, 1852. — Tome XVII, 1853. — Tome XVIII, 1854. — Tome XIX, 1855. — Tome XX, 1856. — Tome XXI, 1857. — Tome XXII, 1858. — 22 forts volumes in-4, avec planches. Prix de la collection complète des 22 *volumes pris ensemble*, au lieu de 440 fr. réduit à : 300 fr.

Le prix de chaque volume pris séparément est de : 20 fr.

Cette nouvelle Collection peut être considérée comme la suite et le complément des *Mémoires de la Société royale de médecine et de l'Académie royale de chirurgie*. Ces deux sociétés célèbres sont représentées dans la nouvelle Académie par ce que la science a de médecins et de chirurgiens distingués, soit à Paris, dans les départements ou à l'étranger. Par cette publication, l'Académie a répondu à l'attente de tous les médecins jaloux de suivre les progrès de la science.

Le Ier volume se compose des articles suivants : Ordonnances et règlements de l'Académie, mémoires de MM. Pariset, Double, Itard, Esquirol, Villermé, Léveille, Larrey, Dupuytren, Dugès, Vauquelin, Laugier, Virey, Chomel, Orfila, Boullay, Lemaire.

Le tome II contient des mémoires de MM. Pariset, Breschet, Lisfranc, Ricord, Itard, Husson, Duval, Duchesne, P. Dubois, Dubois (d'Amiens), Melier, Hervez de Chégoin, Priou, Toulmouche.

Le tome III contient des mémoires de MM. Breschet, Pariset, Marc, Velpeau, Planche, Pravaz, Chevallier, Lisfranc, Bouastre, Cullerier, Soubeiran, Paul Dubois, Réveillé-Parise, Roux, Chomel, Dugès, Disé, Henry, Villeneuve, Dupuy, Fodéré, Ollivier, André, Gouraud, Sanson, Fleury.

Le tome IV contient des mémoires de MM. Pariset, Bourgeois, Hamont, Girard, Mirault, Lauth, Reynaud, Salmade, Roux, Lepelletier, Pravaz, Ségalas, Civiale, Bouley, Bourdois, Delamotte, Ravin, Silvy, Larrey, P. Dubois, Kaempfen, Blanchard.

Le tome V contient des mémoires de MM. Pariset, Gérardin, Goyrand, Pinel, Kéraudren, Macartney, Amussat, Stoltz, Martin-Solon, Malgaigne, Henry, Boutron-Charlard, Leroy (d'Etiolles), Breschet, Itard, Dubois (d'Amiens), Bousquet, etc.

Le tome VI contient : Rapport sur les épidémies qui ont régné en France de 1830 à 1836, par M. Piorry; Mémoire sur la phthisie laryngée, par MM. Trousseau et Belloc; Influence de l'anatomie pathologique sur les progrès de la médecine, par Risueno d'Amador; Mémoire sur le même sujet, par C. Saucerotte; Recherches sur le sagou, par M. Planche; De la morve et du farcin chez l'homme, par M. P. Rayer.

Le tome VII contient : Éloges de Scarpa et Desgenettes, par M. Pariset; des mémoires par MM. Husson, Mérat, Piorry, Gaultier de Claubry, Moutault, Bouvier, Malgaigne, Dupuy, Duval, Gaultier Saint-Martin, Leuret, Mirault, Mulle, Froriep, etc.

Le tome VIII contient : Éloge de Laennec, par M. Pariset; Éloge de Itard, par M. Bousquet; des mémoires de MM. Prus, Thortenson, Souberbielle, Cornuel, Baillarger, J. Pelletan, J. Sedillot, Lecanu, Jobert.

Le tome IX contient : Éloge de Tessier, par M. Pariset; des mémoires de MM. Brichetean, Bégin, Orfila, Jobert, A. Colson, Deguise, Gaetani-Bey, Brierre de Boismont, Cerise, Maciborski, Leuret, Foville, Aubert-Gaillard.

Le tome X contient : Éloges de Huzard, Marc et Lodibert, par M. Pariset; des mémoires par MM. Arnol et Martin, Robert, Bégin, Poitroux, Royer-Collard, Melier, A. Devergie, Rufz, Foville, Parrot, Rollet, Gibert, Michea, R. Prus, etc.

Le tome XI contient : Éloge de M. Double, par M. Bousquet; Éloges de Bourdois de la Motte et Esquirol, par M. Pariset; mémoires de MM. Dubois (d'Amiens), Ségalas, Prus, Valleix, Gintrac, Ch. Baron, Brierre de Boismont, Payan, Delafond, H. Larrey.

Le tome XII contient : Éloge de Larrey, par M. Pariset; Éloge de Chervin, par M. Dubois (d'Amiens); mémoires par MM. de Castelneau et Ducrest, Bally, Michéa, Baillarger, Jobert (de Lamballe), Keraudren, H. Larrey, Jolly, Mélier, etc.

Le tome XIII contient : les Éloges de Jenner, par M. Bousquet; de Pariset, par M. Fr. Dubois (d'Amiens); des mémoires de MM. Malgaigne, Fauconneau-Dufresne, A. Robert, J. Roux, Fleury, Brierre de Boismont, Trousseau, Melier, Baillarger.

Le tome XIV contient l'Éloge de Broussais, par Fr. Dubois; des mémoires de MM. Gaultier de Claubry, Bally, Royer-Collard, Murville, Jaret, Arnal, Huguier, Lebert, etc.

Le tome XV (1850) contient l'Éloge d'Antoine Dubois, par Fr. Dubois; des mémoires de MM. Gaultier de Claubry, Patissier, Guisard, Second, Piedvache, Sée, Huguier.

Le tome XVI (1852) contient des mémoires de MM Dubois (d'Amiens), Gibert, Gaultier de Claubry, Bouchardat, Henot, H. Larrey, Gosselin, Hutin, Broca.

Le tome XVII (1853) contient des mémoires de MM. Dubois (d'Amiens), Michel Lévy et Gaultier de Claubry, J. Guérin, A. Richet, Bouvier, Lereboullet, Depaul, etc.

Le tome XVIII (1854) contient des mémoires de MM. Dubois, Gibert, Cap, Gaultier de Claubry, J. Moreau, Aug. Millet, Patissier, Collineau, Bousquet.

Le tome XIX (1855) contient des mémoires de MM. Dubois, Gibert, Gaultier de Claubry, Botta, Peixoto, Aubergier, Carriere, E. Marchaud, Delioux, Bach, Hutin et Bluche.

Le tome XX (1856) contient des mémoires de MM. Fr. Dubois, Depaul, Guérard, Barth, Imbert-Gourbeyre Rochard, Chapel, Dutroulau, Pinel, Puel, etc.

Le tome XXI (1857) contient : des mémoires, par F. Dubois, A. Guérard, Barth, Bayle, P. Silbert, d'Aix, Michel Poterin du Motel, Hecquet.

Le tome XXII contient : Éloge de M. Magendie, par M. Dubois (76 pages). — Rapport sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1856, par A. Trousseau (30 pages). — Rapport général sur le service médical des eaux minérales de la France pendant l'année 1855, par A. Guérard (48 pages). — Du vertige nerveux et de son traitement, par Max Simon (152 pages). — De la mort subite dans l'état puerpéral, par Mordret (182 pages). — Mémoire sur la fièvre jaune, par Dutroulau (36 pages). — Dartre tonsurante du cheval et du bœuf, contagieuse de ces animaux à l'homme, par Reynal (10 pages). — Origine et conditions de la mucédinée du muguet, par Gubler (80 pages). — Recherche toxicologique de l'arsenic, par Blondlot (5 pages). — Opération césarienne suivie de succès, par Borie (5 pages). — Du degré des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques, par Zurkowski (70 pages).

**MENVILLE.** Histoire philosophique et médicale de la femme considérée dans toutes les époques principales de la vie, avec ses diverses fonctions, avec les changements qui surviennent dans son physique et son moral, avec l'hygiène applicable à son sexe et toutes les maladies qui peuvent l'atteindre aux différents âges. *Seconde édition*, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1858, 3 forts volumes in-8 de 600 pages chacun. 12 fr.

**MÉRAT.** Du Tænia, ou Ver solitaire, et de sa cure radicale par l'écorce de racine de grenadier, précédé de la description du Tænia et du Bothriocéphale ; avec l'indication des anciens traitements employés contre ces vers, par F.-V. MÉRAT, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1832, in-8. 3 fr.

**MÉRAT et DELENS.** Dictionnaire de matière médicale. *Voyez* p. 13.

**MILCENT.** De la scrofule, de ses formes, des affections diverses qui la caractérisent, de ses causes, de sa nature et de son traitement, par le docteur A. MILCENT, ancien interne des hôpitaux civils. Paris, 1846, in-8. 6 fr.

**MILLON.** Éléments de chimie organique, comprenant les applications de cette science à la physiologie animale, par le docteur E. MILLON, professeur de chimie à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Paris, 1845-1848, 2 volumes in-8. 6 fr

**MILLON.** Recherches chimiques sur le mercure et sur les constitutions salines. Paris, 1846, in-8. 2 fr. 50

**MILLON et REISET.** Annuaire de chimie. *Voyez* p. 3.

**MONFALCON et POLINIÈRE.** Traité de la salubrité dans les grandes villes, par MM. les docteurs J.-B. MONFALCON et DE POLINIÈRE, médecins des hôpitaux, membres du conseil de salubrité du Rhône. Paris, 1846, in-8 de 560 pages. 7 fr. 50

Cet ouvrage, qui embrasse toutes les questions qui se rattachent à la santé publique, est destiné aux médecins, aux membres des conseils de salubrité, aux préfets, aux maires, aux membres des conseils généraux, etc.

**MONFALCON et TERME.** Histoire des enfants trouvés, par MM. TERME, président de l'administration des hôpitaux de Lyon, etc., et J.-B. MONFALCON, membre du conseil de salubrité, etc. Paris, 1840. 1 vol. in-8. 7 fr. 50

**MONTAGNE.** Sylloge generum specierumque cryptogamarum quas in variis operibus descriptas iconibusque illustratas, nunc ad diagnosim reductas, nonnullasque novas interjectas, ordine systematico disposuit J.-F.-C. MONTAGNE, Academiæ scientiarum Instituti imperialis Gallici. Parisiis, 1856, in-8 de 500 pages. 12 fr.

**MOQUIN-TANDON.** Éléments de zoologie médicale, comprenant la description détaillée des animaux utiles en médecine et des espèces nuisibles à l'homme, particulièrement des venimeuses et des parasites, précédés de considérations générales sur l'organisation et la classification des animaux et d'un résumé sur l'histoire naturelle de l'homme, etc., par MOQUIN-TANDON, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, Paris, 1859, 1 volume in-18 avec 120 figures intercalées dans le texte.

**MOQUIN-TANDON.** Monographie de la famille des Hirudinées, *Deuxième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1846, in-8 de 450 pages, avec atlas de 14 planches gravées et color. 15 fr.

Cet ouvrage intéresse tout à la fois les médecins, les pharmaciens et les naturalistes. Il est ainsi divisé : *Histoire*, anatomie et physiologie des Hirudinées. — *Description des organes et des fonctions*, systèmes cutané, locomoteur, sensitif, digestif, sécrétoire, circulatoire, respiratoire, système reproducteur, symétrie des organes, durée de la vie et accroissement, habitations, stations. — *Emploi des sangsues en médecine*. Pêche, conservation, multiplication, maladies des sangsues. Transport et commerce des sangsues. Application et réapplication des sangsues. — *Description de la famille, des genres et des espèces d'hirudinées*, hirudinées albionniennes, bdelliennes, siphoniennes, planeriennes.

**MOQUIN-TANDON.** Histoire naturelle des Mollusques terrestres et fluviatiles de France, contenant des études générales sur leur anatomie et leur physiologie, et la description particulière des genres, des espèces, des variétés. *Ouvrage complet*. Paris, 1855 .2 vol. grand in-8 de 450 pages, accompagnés d'un atlas de 54 planches dessinées d'après nature et gravées.

| | |
|---|---|
| Prix de l'ouvrage complet, avec figures noires. | 42 fr. |
| Avec figures coloriées. | 66 fr. |
| Cartonnage de 3 vol. grand in-8. | 4 fr. 50 |

Le tome Ier comprend les études sur l'anatomie et la physiologie des mollusques. — Le tome II comprend la description particulière des genres, des espèces et des variétés.

M. Moquin-Tandon a joint à son ouvrage un livre spécial sur les *anomalies* qui affectent les Mollusques, un autre sur l'*utilité* de ces animaux, et un troisième sur leur *recherche*, leur *choix*, leur *préparation* et leur *conservation*, enfin une *Bibliographie malacologique*, ou Catalogue de 1250 ouvrages sur les Mollusques terrestres et fluviatiles européens et exotiques. C'est, sans contredit, le recensement le plus étendu que l'on possède.

L'ouvrage de M. Moquin-Tandon est utile non-seulement aux savants, aux professeurs, mais encore aux collecteurs de coquilles, aux simples amateurs.

**MOQUIN-TANDON.** Éléments de tératologie végétale, ou Histoire des Anomalies de l'organisation dans les végétaux. Paris, 1841, in-8. 6 fr. 50

**MOREJON.** **Étude médico-psychologique sur l'histoire de don Quichotte**, traduite et annotée par J.-M. GUARDIA. Paris, 1858, in-8. 1 fr.

**MOREL.** **Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine** et des causes qui produisent ces variétés maladives, par le docteur B.-A. MOREL, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), ancien médecin en chef de l'Asile de Maréville (Meurthe), lauréat de l'Institut (Académie des sciences). Paris, 1857. 1 vol. in-8 de 700 pages avec un atlas de XII planches lithographiées in-4. 12 fr.

**MULLER.** **Manuel de physiologie**, par J. MULLER, professeur d'anatomie et de physiologie de l'Université de Berlin, etc. ; traduit de l'allemand sur la dernière édition, avec des additions, par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie impériale de médecine. *Deuxième édition revue et annotée* par E. LITTRÉ, membre de l'Institut, de l'Académie de médecine, de la Société de biologie, etc. Paris, 1851. 2 beaux vol. grand in-8, de chacun 800 pages, avec 320 figures intercalées dans le texte. 20 fr.

Les additions importantes faites à cette édition par M. Littré, et dans lesquelles il expose et analyse les derniers travaux publiés en physiologie, feront rechercher particulièrement cette *deuxième édition*, qui devient le *seul livre de physiologie complet* représentant bien l'état actuel de la science.

**MULLER.** **Physiologie du système nerveux**, ou recherches et expériences sur les diverses classes d'appareils nerveux, les mouvements, la voix, la parole, les sens et et les facultés intellectuelles, par J. MULLER, traduit de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN. Paris, 1840, 2 vol. in-8 avec fig. intercalées dans le texte et 4 pl. 12 fr.

**MUNDE.** **Hydrothérapeutique**, ou l'Art de prévenir et de guérir les maladies du corps humain sans le secours des médicaments, par le régime, l'eau, la sueur, l'air, l'exercice et un genre de vie rationnel ; par le D[r] Ch. MUNDE. Paris, 1842. 1 vol. gr. in-18. 4 fr. 50

**MURE.** **Doctrine de l'école de Rio-Janeiro** et Pathogénésie brésilienne, contenant une exposition méthodique de l'homœopathie, la loi fondamentale du dynamisme vital, la théorie des doses et des maladies chroniques, les machines pharmaceutiques, l'algèbre symptomatologique, etc. Paris, 1849, in-12 de 400 pages avec fig. 7 fr. 50

**NAEGELE.** **Des principaux vices de conformation du bassin**, et spécialement du rétrécissement oblique, par F.-Ch. NAEGELE, professeur d'accouchements à l'Université de Heidelberg; traduit de l'allemand, avec des additions nombreuses par A.-C. DANYAU, professeur et chirurgien de l'hospice de la Maternité. Paris, 1840. 1 vol. grand in-8, avec 16 planches. 8 fr.

**NYSTEN** **Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie**, des Sciences accessoires et de l'Art vétérinaire, de P.-H. NYSTEN ; *onzième édition*, entièrement refondue par E. LITTRÉ, membre de l'Institut de France, et Ch. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; ouvrage augmenté de la synonymie *grecque*, *latine*, *anglaise*, *allemande*, *espagnole* et *italienne*, suivie d'un Glossaire de ces diverses langues ; illustré de plus de 500 figures intercalées dans le texte. Paris, 1858. 1 beau volume grand in-8 de 1672 pages à deux colonnes. 18 fr.

Demi-reliure maroquin. 3 fr.

Demi-reliure maroquin à nerfs, très soignée. 4 fr.

Les progrès incessants de la science rendaient nécessaires, pour cette *onzième édition*, de nombreuses additions, une révision générale de l'ouvrage, et plus d'unité dans l'ensemble des mots consacrés aux théories nouvelles et aux faits nouveaux que l'emploi du microscope, les progrès de l'anatomie générale, normale et pathologique, de la physiologie, de la pathologie, de l'art vétérinaire, etc., ont créés. C'est M. Littré, connu par sa vaste érudition et par son savoir étendu dans la littérature médicale, nationale et étrangère, qui s'est chargé de cette tâche importante, avec la collaboration de M. le docteur Ch. Robin, que de récents travaux ont placé si haut dans la science. Une addition importante, qui sera justement appréciée, c'est la Synonymie *grecque*, *latine*, *anglaise*, *allemande*, *italienne*, *espagnole*, qui est ajoutée à cette *onzième édition*, et qui, avec les vocabulaires, en fait un Dictionnaire polyglotte.

† **ORIBASE** (**Œuvres d'**), texte grec, en grande partie inédit, collationné sur les manuscrits, traduit pour la première fois en français, avec une introduction, des notes, des tables et des planches, par les docteurs BUSSEMAKER et DAREMBERG. Paris, 1851 à 1858, tomes I à III, in-8 de 700 pages chacun. Prix du vol. 12 fr.
Le tome IV est sous presse.

**OUDET. De l'accroissement continu des incisives chez les Rongeurs**, et de leur reproduction, considérés sous le rapport de leur application à l'étude de l'anatomie comparative des dents; précédés de Recherches nouvelles sur l'origine et le développement des follicules dentaires, par le docteur J.-E. OUDET, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Paris, 1850, in-8. 2 fr. 50

**OULMONT. Des oblitérations de la veine cave supérieure**, par le docteur OULMONT, médecin des hôpitaux. Paris, 1855, in-8 avec une planche lithogr. 2 fr.

**OZANAM. Études sur le venin des Arachnides** et son emploi en thérapeutique, suivi d'une dissertation sur le tarentisme sporadique et épidémique. Paris, 1856, grand in-8. 2 fr. 50

**PALLAS. Réflexions sur l'intermittence** considérée chez l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie. Paris, 1830, in-8. 2 fr.

**PARCHAPPE. Recherches sur l'encéphale**, sa structure, ses fonctions et ses maladies, Paris, 1836-1842, 2 parties in-8. 7 fr.

La 1re partie comprend: *Du volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme;* la 2e partie: *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale.*

**PARÉ. Œuvres complètes d'Ambroise Paré**, revues et collationnées sur toutes les éditions, avec les variantes; ornées de 217 pl. et du portrait de l'auteur; accompagnées de notes historiques et critiques, et précédées d'une introduction sur l'origine et le progrès de la chirurgie en Occident du VIe au XVIe siècle et sur la vie et les ouvrages d'Ambroise Paré, par J.-F. MALGAIGNE, chirurgien de l'hôpital Beaujon, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, etc. Paris, 1840, 3 vol. grand in-8 à deux colonnes, avec figures intercalées dans le texte. *Ouvrage complet.* 36 fr.

**PARENT-DUCHATELET. De la prostitution dans la ville de Paris**, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; ouvrage appuyé de documents statistiques puisés dans les archives de la préfecture de police, par A.-J.-B. PARENT-DUCHATELET, membre du Conseil de salubrité de la ville de Paris. *Troisième édition revue, corrigée et complétée par des documents nouveaux et des notes,* par MM. A. TRÉBUCHET et POIRAT-DUVAL, chefs de bureau à la préfecture de police, suivie d'un *Précis* HYGIÉNIQUE, STATISTIQUE ET ADMINISTRATIF SUR LA PROSTITUTION DANS LES PRINCIPALES VILLES DE L'EUROPE. Paris, 1857, 2 forts volumes in-8 de chacun 750 pages avec cartes et tableaux. 18 fr.

*Le Précis hygiénique, statistique et administratif sur la Prostitution dans les principales villes de l'Europe* comprend pour la FRANCE: Bordeaux, Brest, Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg, l'Algérie; pour l'ÉTRANGER: l'Angleterre et l'Écosse, Berlin, Berne, Bruxelles, Christiania, Copenhague, l'Espagne, Hambourg, la Hollande, Rome, Turin.

**PARISET. Histoire des membres de l'Académie royale de médecine**, ou Recueil des Éloges lus dans les séances publiques, par E. PARISET, secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine, etc.; *édition complète*, précédée de l'éloge de Pariset, publiée sous les auspices de l'Académie, par F. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. Paris, 1850. 2 beaux vol. in-12. 7 fr.

Cet ouvrage comprend: — Discours d'ouverture de l'Académie impériale de médecine. — Éloges de Corvisart, — Cadet de Gassicourt, — Berthollet, — Pinel, — Beauchène, — Bourru, — Percy. — Vauquelin, — G. Cuvier, — Portal, — Chaussier, — Dupuytren, — Scarpa, — Desgenettes, — Laënnec, — Tessier, — Hazard, — Marc, — Lodibert, — Bourdois de la Motte, — Esquirol, — Larrey, — Chevreul, — Lerminier, — A. Dubois, — Alibert, — Robiquet, — Double, — Geoffroy Saint-Hilaire, — Ollivier (d'Angers), — Breschet, — Lisfranc, — A. Paré, — Broussais, — Bichat.

**PARISET. Mémoire sur les causes de la peste** et sur les moyens de la détruire, par E. PARISET. Paris, 1837, in-18. 3 fr.

**PARISET. Éloge de Dupuytren.** Paris, 1836, in-8, avec portrait. 1 fr. 50

**PATIN (GUI). Lettres.** Nouvelle édition augmentée de lettres inédites, précédée d'une notice biographique, accompagnée de remarques scientifiques, historiques, philosophes et littéraires, par REVEILLÉ-PARISE, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1846. 3 vol. in-8, avec le *portrait* et le fac-simile de GUI PATIN 21 fr.

Les lettres de Gui Patin sont de ces livres qui ne vieillissent jamais, et quand on les a lues on en conçoit aussitôt la raison. Ces lettres sont, en effet, l'expression la plus pittoresque, la plus vraie, la plus énergique, non-seulement de l'époque où elles ont été écrites, mais du cœur humain, des sentiments et des passions qui l'agitent. Tout à la fois savantes, érudites, spirituelles, profondes, enjouées, elles parlent de tout, mouvements des sciences, hommes et choses, passions sociales et individuelles, révolutions politiques, etc. C'est donc un livre qui s'adresse aux savants, aux médecins, aux érudits, aux gens de lettres, aux moralistes, etc.

**PATISSIER.** **Traité des maladies des artisans** et de celles qui résultent des diverses professions, d'après Ramazzini ; ouvrage dans lequel on indique les précautions que doivent prendre, sous le rapport de la salubrité publique et particulière, les administrateurs, manufacturiers, fabricants, chefs d'ateliers, artistes, et toutes les personnes qui exercent des professions insalubres ; par Ph. PATISSIER, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Paris, 1822, in-8. 7 fr.

**PATISSIER.** **Rapport sur le service médical des établissements thermaux en France,** fait au nom d'une commission de l'Académie impériale de médecine, par Ph. PATISSIER, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1852, in-4 de 205 pages. 4 fr. 50

**PAULET et LEVEILLÉ.** **Iconographie des champignons**, de PAULET. Recueil de 217 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées, accompagné d'un texte nouveau présentant la description des espèces figurées, leur synonymie, l'indication de leurs propriétés utiles ou vénéneuses, l'époque et les lieux où elles croissent, par J.-H. LEVEILLÉ, docteur en médecine. Paris, 1855. 1 vol. in-folio de 135 pages, avec 217 planches coloriées, cartonné. 170 fr.

Séparément le texte, par M. Leveillé, petit in-folio de 135 pages. 20 fr.
Séparément les dernières planches in-folio coloriées, au prix de 1 fr. chaque.

**PAULET.** **Flore et Faune de Virgile**, ou Histoire naturelle des plantes et des animaux (*reptiles, insectes*), les plus intéressants à connaître et dont ce poëte a fait mention. Paris, 1834, in-8 avec 4 planches gravées et coloriées. 6 fr.

**PEISSE.** **La médecine et les médecins**, philosophie, doctrines, institutions, critiques, mœurs et biographies médicales, par Louis PEISSE. Paris, 1857. 2 vol. in-18 jésus. 7 fr.

Cet ouvrage comprend : Esprit, marche et développement des sciences médicales. — Découvertes et découvreurs. — Sciences exactes et sciences non exactes. — Vulgarisation de la médecine. — La méthode numérique. — Le microscope et les microscopistes. — Methodologie et doctrines. — Comme on pense et ce qu'on fait en médecine à Montpellier. — L'encyclopédisme et le spécialisme en médecine. — Mission sociale de la médecine et du médecin. — Philosophie des sciences naturelles. — La philosophie et les philosophes par-devant les médecins. — L'aliénation mentale et les aliénistes. — Phrénologie : bonnes et mauvaises têtes, grands hommes et grands scélérats. — De l'esprit des bêtes. — Le feuilleton. — L'Académie de médecine. — L'éloquence et l'art à l'Académie de médecine. — Charlatanisme et charlatans. — Influence du théâtre sur la santé. — Médecins poëtes. — Biographie.

**PELLETAN.** **Mémoire statistique sur la Pleuropneumonie aiguë**, par J. PELLETAN, médecin des hôpitaux civils de Paris. Paris, 1840, in-4. 3 fr.

**PERCHERON.** **Bibliographie entomologique,** comprenant l'indication par ordre alphabétique des matières et des noms d'auteur : 1° des Ouvrages entomologiques publiés en France et à l'étranger depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours ; 2° des Monographies et Mémoires contenus dans les Recueils, Journaux et Collections académiques français et étrangers. Paris, 1837. 2 vol. in-8. 6 fr.

**PERRÈVE.** **Traité des retrécissements organiques de l'urèthre.** Emploi méthodique des dilatateurs mécaniques dans le traitement de ces maladies, par Victor PERRÈVE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien élève des hôpitaux. Ouvrage placé au premier rang pour le prix d'Argenteuil, sur le rapport d'une commission de l'Académie de médecine Paris, 1847. 1 vol. in-8 de 340 pages, accompagné de 3 pl. et de 32 figures intercalées dans le texte. 5 fr.

**PHARMACOPÉE DE LONDRES,** publiée par ordre du gouvernement, *en latin et en français*. Paris, 1837, in-18. 3 fr.

**PHILIPEAUX.** **Traité pratique de la cautérisation,** d'après l'enseignement clinique de M. le professeur A. Bonnet (de Lyon), par le docteur R. PHILIPEAUX, ancien interne des hôpitaux civils de Lyon. *Ouvrage couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*. Paris, 1856. 1 vol. in-8 de 630 pages, avec 67 planches intercalées dans le texte. 8 fr.

**PHILLIPS.** **De la ténotomie sous-cutanée,** ou des opérations qui se pratiquent pour la guérison des pieds bots, du torticolis, de la contracture de la main et des doigts, des fausses ankyloses angulaires du genou, du strabisme, de la myopie, du bégaiement, etc., par le docteur CH. PHILLIPS. Paris, 1841, in-8 avec 12 planches. 3 fr.

**PICTET**. **Traité de paléontologie**, ou Histoire naturelle des animaux fossiles considérés dans leurs rapports zoologiques et géologiques, par F.-J. PICTET, professeur de zoologie et d'anatomie comparée à l'Académie de Genève, etc. *Deuxième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1853-1857. OUVRAGE COMPLET 4 forts volumes in-8, avec un bel atlas de 110 planches grand in-4. 80 fr.

Cet ouvrage est divisé en trois parties : la *première* comprenant la considération sur la manière dont les fossiles ont été déposés, leurs apparences diverses, l'exposition des méthodes qui doivent diriger dans la détermination et la classification des fossiles ; la *seconde* et la *troisième*, l'histoire spéciale des animaux fossiles ; les caractères de tous les genres y sont indiqués avec soin, les principales espèces y sont énumérées, etc. Les quatre volumes comprennent :

*Tome premier* (600 pages). — Considérations générales sur la Paléontologie. *Histoire naturelle spéciale des animaux fossiles*. I, Mammifères. — II, Oiseaux. — III, Reptiles.

*Tome second* (728 pages). — IV, Poissons. V, Insectes. — VI, Myriapodes. — VII, Arachnides. — VIII, Crustacés. — IX, Annélides. — X, Céphalopodes.

*Tome troisième* (654 pages). — XI, Mollusques (Gastéropodes, Acéphales).

*Tome quatrième* (800 pages). — Mollusques. — XII, Échinodermes. — XIII, Zoophytes. — Résumé et table.

**PIORRY**. **Traité de diagnostic et de séméiologie**, par le professeur PIORRY. Paris, 1840. 3 vol. in-8. 21 fr.

**PLAIES D'ARMES A FEU (Des)**. Communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. les docteurs Baudens, Roux, Malgaigne, Amussat, Blandin, Piorry, Velpeau, Huguier, Jobert (de Lamballe), Bégin, Rochoux, Devergie, etc. Paris, 1849. in-8 de 250 pages. 3 fr. 50

**PLÉE**. **Glossologie botanique**, ou Vocabulaire donnant la définition des mots techniques usités dans l'enseignement. Appendice indispensable des livres élémentaires et des traités de botanique, par F. PLÉE, auteur des *Types des familles des plantes de France*. Paris, 1854. 1 vol. in-12. 1 fr. 25

**POGGIALE**. **Traité d'analyse chimique** par la méthode des volumes, comprenant l'analyse des Gaz, la Chlorométrie, la Sulfhydrométrie, l'Acidimétrie, l'Alcalimétrie, l'Analyse des métaux, la Saccharimétrie, etc., par le docteur POGGIALE, professeur de chimie à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce), membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1858, 1 vol. in-8 de 610 pages, illustré de 171 figures intercalées dans le texte. 9 fr.

**POILROUX**. **Manuel de médecine légale criminelle** à l'usage des médecins et des magistrats chargés de poursuivre ou d'instruire les procédures criminelles. *Seconde édition*. Paris, 1837. In-8. 7 fr.

**PORTAL**. **Observations sur la nature et le traitement de l'hydropisie**, par A. PORTAL, membre de l'Institut, présid. de l'Académie de médecine. Paris, 1824. 2 vol. in-8. 11 fr.

**PORTAL**. **Observations sur la nature et le traitement de l'épilepsie**, par A. PORTAL. Paris, 1827 1 vol. in-8. 6 fr.

**POUCHET**. **Théorie positive de l'ovulation spontanée** et de la fécondation dans l'espèce humaine et les mammifères, basée sur l'observation de toute la série animale, par le docteur F.-A. POUCHET, professeur de zoologie au Musée d'histoire naturelle de Rouen. *Ouvrage qui a obtenu le grand prix de physiologie à l'Institut de France*. Paris. 1847. 1 vol. in-8 de 600 pages, avec atlas in-4 de 20 planches renfermant 250 figures dessinées d'après nature, gravées et coloriées. 36 fr.

Dans son rapport à l'Académie, en 1845, la commission s'exprimait ainsi en résumant son opinion sur cet ouvrage : *Le travail de M. Pouchet se distingue par l'importance des résultats, par le soin scrupuleux de l'exactitude, par l'étendue des vues, par une méthode excellente.* L'auteur a eu le courage de repasser tout au creuset de l'expérimentation, et c'est après avoir successivement confronté les divers phénomènes qu'offre la série animale, et après avoir, en quelque sorte, tout soumis à l'épreuve du scalpel et du microscope, qu'il a formulé ses LOIS PHYSIOLOGIQUES FONDAMENTALES.

**POUCHET**. **Hétérogénie ou Traité des générations spontanées**, basé sur l'expérimentation, par F.-A. POUCHET. Paris, 1859, 1 vol. in-8 de 600 pages, avec 3 planches gravées. 9 fr.

**POUCHET**. **Histoire des sciences naturelles au moyen âge**, ou Albert le Grand et son époque considérés comme point de départ de l'école expérimentale, par F.-A. POUCHET Paris, 1853. 1 beau vol. in-8. 9 fr.

**POUCHET.** **De la pluralité des races humaines**, essai anthropologique, par GEORGES POUCHET. Paris, 1858, 1 vol. in-8 de 200 pages. 3 fr. 50

Cet ouvrage est ainsi divisé : Introduction. — Le règne humain. — Psychologie comparée. — Ordre des bimanes. — Variétés anatomiques et physiologiques — Variétés morales et linguistiques. — Influence, climats, hybridité. — L'espèce. — Méthode et valeur des caractères.

**PRICHARD.** **Histoire naturelle de l'homme**, comprenant des Recherches sur l'influence des agents physiques et moraux considérés comme cause des variétés qui distinguent entre elles les différentes Races humaines ; par J.-C. PRICHARD, membre de la Société royale de Londres, correspondant de l'Institut de France ; traduit de l'anglais, par F.-D. ROULIN, sous-bibliothécaire de l'Institut. Paris, 1843. 2 vol. in-8 accompagnés de 40 pl. gravées et coloriées, et de 90 figures intercalées dans le texte. 20 fr.

Cet ouvrage s'adresse non-seulement aux savants, mais à toutes les personnes qui veulent étudier l'anthropologie. C'est dans ce but que l'auteur a indiqué avec soin en traits rapides et distincts : 1° tous les caractères physiques, c'est-à-dire les variétés de couleurs, de physionomie, de proportions corporelles, etc., des différentes races humaines ; 2° les particularités morales et intellectuelles qui servent à distinguer ces races les unes des autres ; 3° les causes de ces phénomènes de variété. Pour accomplir un aussi vaste plan, il fallait, comme le docteur J.-C. Prichard, être initié à la connaissance des langues, afin de consulter les relations des voyageurs, et de pouvoir décrire les différentes nations dispersées sur la surface du globe.

**PRUS.** **Recherches nouvelles sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac**, par le docteur RENÉ PRUS. Paris, 1828, in-8. 2 fr.

**RACLE.** **Traité de diagnostic médical**, ou Guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies, par le docteur V.-A. RACLE, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, professeur de diagnostic, etc. *Deuxième édition*, revue, augmentée et contenant le résumé des travaux les plus récents. Paris, 1859. 1 vol. in-18 de 615 pages. 5 fr.

**RACLE.** *Voyez* VALLEIX, *Guide du médecin praticien.*

**RANG et SOULEYET.** **Histoire naturelle des mollusques ptéropodes**, par MM. SANDER RANG et SOULEYET, naturalistes voyageurs de la marine. Paris, 1852. 1 vol. grand in-4, avec 15 planches coloriées. 25 fr.

— Le même ouvrage, 1 vol. in-folio cartonné. 40 fr.

Ce bel ouvrage traite une des questions les moins connues de l'Histoire des mollusques. Commencé par M. Sander Rang, une partie des planches avaient été dessinées et lithographiées sous sa direction ; par ses études spéciales, M. Souleyet pouvait mieux que personne mener cet important travail à bonne fin.

**RASPAIL.** **Nouveau système de physiologie végétale et botanique**, fondé sur les méthodes d'observation développées dans le Nouveau système de chimie organique, par F.-V. RASPAIL, accompagné de 60 planches, contenant près de 1000 figures d'analyse, dessinées d'après nature et gravées avec le plus grand soin. Paris, 1837. 2 forts volumes in-8, et atlas de 60 planches. 30 fr.

— Le même ouvrage, avec planches coloriées. 50 fr.

**RASPAIL.** **Nouveau système de chimie organique**, fondé sur de nouvelles méthodes d'observation, précédé d'un Traité complet sur l'art d'observer et de manipuler en grand et en petit dans le laboratoire et sur le porte-objet du microscope, par F.-V. RASPAIL. *Deuxième édition entièrement refondue*, accompagnée d'un atlas in-4 de 20 planches, contenant 400 figures dessinées d'après nature, gravées avec le plus grand soin. Paris, 1838. 3 forts vol. in-8 et atlas in-4. 30 fr.

**RAPOU.** **De la fièvre typhoïde** et de son traitement homœopathique, par le docteur A. RAPOU, médecin à Lyon. Paris, 1851, in-8. 3 fr.

**Rapport à l'Académie impériale de médecine SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES**, fait au nom d'une commission, par le docteur PRUS, accompagné de pièces et documents, et suivi de la discussion au sein de l'Académie. Paris, 1846. 1 vol. in-8 de 1050 pages. 4 fr.

**RATIER.** **Nouvelle médecine domestique**, contenant : 1° Traité d'hygiène générale ; 2° Traité des erreurs populaires ; 3° Manuel des premiers secours dans le cas d'accidents pressants ; 4° Traité de médecine pratique générale et spéciale ; 5° Formulaire pour la préparation et l'administration des médicaments ; 6° Vocabulaire des termes techniques de médecine, par le docteur F.-S. RATIER, membre de plusieurs sociétés savantes. Paris, 1825. 2 vol. in-8. 10 fr.

**RAYER.** **De la morve et du farcin chez l'homme**, par P. RAYER, médecin de l'hôpital de la Charité. Paris, 1837, in-4, figures coloriées. 6 fr.

**RAYER. Traité des maladies des reins**, et des altérations de la sécrétion urinaire, étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les maladies des uretères, de la vessie, de la prostate, de l'urèthre, etc., par P. RAYER, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, etc. Paris, 1839-1841. 3 forts vol. in-8. 24 fr.

**RAYER. Atlas du traité des maladies des reins**, comprenant l'*Anatomie pathologique* des reins, de la vessie, de la prostate, des uretères, de l'urèthre, etc., ouvrage magnifique contenant 300 figures en 60 planches grand in-folio, dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur et retouchées au pinceau avec le plus grand soin, avec un texte descriptif. Ce bel ouvrage *est complet*; il se compose d'un volume grand in-folio de 60 planches. Prix : 192 fr.

CET OUVRAGE EST AINSI DIVISÉ :

1. — Néphrite simple, Néphrite rhumatismale, Néphrite par poison morbide. — Pl. 1, 2, 3. 4, 5.
2. — Néphrite albumineuse (maladie de Bright). — Pl. 6, 7, 8, 9, 10.
3. — Pyélite (inflammation du bassinet et des calices). — Pl. 11, 12, 13, 14, 15.
4. — Pyélo-néphrite, Périnéphrite, Fistules rénales. — Pl. 16, 17, 18, 19, 20.
5. — Hydronéphrose, Kystes urinaires. — Pl. 21, 22, 23, 24, 25.
6. — Kystes séreux, Kystes acéphalocystiques, Vers. — Pl. 26, 27 28, 29, 30.
7. — Anémie, Hypérémie, Atrophie, Hypertrophie des reins et de la vessie. — Pl. 31, 32, 33, 34, 35.
8. — Hypertrophie, Vices de conformation des reins et des uretères. — Pl. 36, 37, 38, 39, 40
9. — Tubercules, Mélanose des reins. — Pl. 41, 42, 43, 44, 45.
10. — Cancer des reins, Maladies des veines rénales. — Pl. 46, 47, 48, 49, 50.
11. — Maladies des tissus élémentaires des reins et de leurs conduits excréteurs. — Pl. 51, 52, 53, 54, 55.
12. — Maladies des capsules surrénales. — Pl. 56, 57, 58, 59. 60.

**RAYER. Traité théorique et pratique des maladies de la peau**, par P. RAYER, *deuxième édition entièrement refondue*. Paris, 1835. 3 forts vol. in-8, accompagnés d'un bel atlas de 26 planches grand in-4, gravées et coloriées avec le plus grand soin, représentant, en 400 figures, les différentes maladies de la peau et leurs variétés.
Prix du texte seul, 3 vol. in-8. 23 fr.
L'atlas seul, avec explication raisonnée, grand in-4 cartonné. 70 fr.
L'ouvrage complet, 3 vol. in-8 et atlas in-4, cartonné. 88 fr.

L'auteur a réuni, dans un *atlas pratique* entièrement neuf, la généralité des maladies de la peau; il les a groupées dans un ordre systématique pour en faciliter le diagnostic; et leurs diverses formes y ont été représentées avec une fidélité, une exactitude et une perfection qu'on n'avait pas encore atteintes.

**RAU. Nouvel organe de la médication spécifique**, ou Exposition de l'état actuel de la méthode homœopathique, par le docteur J.-L. RAU; suivi de nouvelles expériences sur les doses dans la pratique de l'homœopathie, par le docteur G. GROSS. Traduit de l'allemand par D.-R. Paris, 1845, in-8. 5 fr.

**RENOUARD. Histoire de la médecine** depuis son origine jusqu'au XIXe siècle, par le docteur P.-V. RENOUARD, membre de plusieurs sociétés savantes. Paris, 1846, 2 vol. in-8. 12 fr.

Cet ouvrage est divisé en *huit périodes* qui comprennent : I. PÉRIODE PRIMITIVE ou d'instinct, finissant à la ruine de Troie, l'an 1184 avant J.-C.; II. PÉRIODE SACRÉE ou mystique, finissant à la dispersion de la Société pythagoricienne, 500 ans avant J.-C.; III. PÉRIODE PHILOSOPHIQUE, finissant à la fondation de la bibliothèque d'Alexandrie, 320 ans avant J.-C.; IV. PÉRIODE ANATOMIQUE, finissant à la mort de Galien, l'an 200 de l'ère chrétienne; V. PÉRIODE GRECQUE, finissant à l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie, l'an 640; VI. PÉRIODE ARABIQUE, finissant à la renaissance des lettres en Europe, l'an 1400; VII. PÉRIODE ÉRUDITE, comprenant le XVe et le XVIe siècle; VIII. PÉRIODE RÉFORMATRICE, comprenant les XVIIe et XVIIIe siècles.

**RENOUARD. Lettres philosophiques et historiques sur la médecine au XIXe siècle**, par le docteur P.-V. RENOUARD. *Seconde édition revue et corrigée*. Paris, 1857, in-8. 2 fr. 50

**REVEILLÉ-PARISE. Traité de la vieillesse**, hygiénique, médical et philosophique, ou Recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé, et sur les moyens les plus sûrs, les mieux expérimentés, de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence; par le docteur J.-H. REVEILLÉ-PARISE, membre de l'Académie de médecine, etc. Paris, 1853. 1 volume in-8 de 500 pag. 7 fr.

« Peu de gens savent être vieux. » (LA ROCHEFOUCAULD.)

**REVEILLÉ-PARISE. Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit**, ou Recherches sur le physique et le moral, les habitudes, les maladies et le régime des gens de lettres, artistes, savants, hommes d'État, jurisconsultes, administrateurs, etc., par le docteur J.-H. REVEILLÉ-PARISE, membre de l'Académie de médecine, etc. *Quatrième édition*, revue et augmentée. Paris, 1843. 2 vol. in-8. 15 fr.

**REVEILLÉ-PARISE**. **Étude de l'homme dans l'état de santé et de maladie**, par le docteur J.-H. REVEILLÉ-PARISE. *Deuxième édition*. Paris, 1845. 2 vol. in-8. 15 fr.

**REVEILLÉ-PARISE**. **Guide pratique des goutteux et des rhumatisants**, ou Recherches sur les meilleures méthodes de traitement curatives et préservatrices des maladies dont ils sont atteints. *Troisième édition*. Paris, 1847, in-8. 5 fr.

**REYBARD**. **Mémoires sur le traitement des anus artificiels**, des plaies des intestins et des plaies pénétrantes de poitrine. Paris, 1827, in-8 avec 3 planches. 2 fr. 50

**REYBARD**. Procédé nouveau pour guérir par l'incision les rétrécissements du canal de l'urèthre. Paris, 1833, in-8, fig. 1 fr. 50

**RICORD**. **De la Syphilisation et de la contagion des accidents secondaires de la Syphilis**, communications à l'Académie de médecine par MM. Ricord, Bégin, Malgaigne, Velpeau, Depaul, Gibert, Lagneau, Larrey, Michel Lévy, Gerdy, Roux, avec les communications de MM. Auzias-Turenne et C. Sperino, à l'Académie des sciences de Paris et à l'Académie de médecine de Turin. Paris, 1853, in-8 de 384 pag. 5 fr.

**ROBIN et VERDEIL**. **Traité de chimie anatomique et physiologique** normale et pathologique, ou des Principes immédiats normaux et morbides qui constituent le corps de l'homme et des mammifères, par CH. ROBIN, docteur en médecine et docteur ès sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et F. VERDEIL, docteur en médecine, chef des travaux chimiques à l'Institut agricole, professeur de chimie. Paris, 1853. 3 forts volumes in-8, accompagnés d'un atlas de 45 planches dessinées d'après nature, gravées, en partie coloriées. 36 fr.

Le but de cet ouvrage est de mettre les anatomistes et les médecins à portée de connaître exactement la constitution intime ou moléculaire de la substance organisée en ses trois états fondamentaux, liquide, demi-solide et solide. Son sujet est l'examen, fait au point de vue organique, de chacune des espèces de corps ou principes immédiats qui, par leur union molécule à molécule, constituent cette substance.

Ce que font dans cet ouvrage MM. Robin et Verdeil est donc bien de l'anatomie, c'est-à-dire de l'étude de l'organisation, puisqu'ils examinent quelle est la constitution de la matière même du corps. Seulement, au lieu d'être des appareils, organes, systèmes, tissus ou humeurs et éléments anatomiques, parties complexes, composées par d'autres, ce sont les parties mêmes qui les constituent qu'ils étudient; ce sont leurs *principes immédiats* ou parties qui les composent par union moléculaire réciproque, et qu'on en peut extraire de la manière la plus immédiate sans décomposition chimique.

Le bel atlas qui accompagne le *Traité de chimie anatomique et physiologique* renferme les figures de 1 200 formes cristallines environ, choisies parmi les plus ordinaires et les plus caractéristiques de toutes celles que les auteurs ont observées. Toutes ont été faites d'après nature, au fur et à mesure de leur préparation. M. Robin a choisi les exemples représentés parmi 1 700 à 1 800 figures que renferme son album; car il a dû négliger celles de même espèce qui ne différaient que par un volume plus petit ou des différences de formes trop peu considérables.

**ROBIN**. **Histoire naturelle des végétaux parasites** qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants, par le docteur CH. ROBIN. Paris, 1853. 1 vol. in-8 de 700 pages, accompagné d'un bel atlas de 15 planches, dessinées d'après nature, gravées, en partie coloriées. 16 fr.

L'auteur a pu examiner son sujet non-seulement en naturaliste, mais en anatomiste, en physiologiste et en médecin. Les végétaux parasites étant tous des végétaux cellulaires, souvent de ceux qui appartiennent aux plus simples, M. Robin a pensé qu'il était indispensable, avant d'en exposer l'histoire, de faire connaître la structure des cellules végétales et même les autres éléments anatomiques, tels que fibres et vaisseaux ou tubes qui dérivent des cellules par métamorphose. Tel est le sujet des *Prolégomènes* de cet ouvrage.

La description ou l'histoire naturelle de chaque espèce de Parasites renferme : 1° Sa diagnose; — 2° Son anatomie; — 3° L'étude du milieu dans lequel elle vit, des conditions extérieures qui en permettent l'accroissement, etc.; — 4° L'étude des phénomènes de nutrition, développement et reproduction qu'elle présente dans ces conditions, ou physiologie de l'espèce; — 4° L'examen de l'action que le parasite exerce sur l'animal même qui le porte et lui sert de milieu ambiant. — On est ainsi conduit à étudier les altérations morbides et les symptômes dont le parasite est la cause, puis l'exposé des moyens à employer pour faire disparaître cette cause, pour détruire ou enlever le végétal, et empêcher qu'il ne se développe de nouveau.

Les planches qui composent l'atlas ont toutes été dessinées d'après nature, et ne laissent rien à désirer pour l'exécution.

**ROBIN**. **Du microscope et des injections** dans leurs applications à l'anatomie et à la pathologie, suivi d'une Classification des sciences fondamentales, de celle de la biologie et de l'anatomie en particulier, par le docteur CH. ROBIN, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1849. 1 vol. in-8 de 450 pages, avec 23 fig. intercalées dans le texte et 4 planches gravées. 7 fr.

**ROBIN.** **Tableaux d'anatomie** comprenant l'exposé de toutes les parties à étudier dans l'organisme de l'homme et dans celui des animaux, par le docteur CH. ROBIN. Paris, 1851, in-4, 10 tableaux. 3 fr. 50

**ROCHE, SANSON et LENOIR.** **Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale,** ou Traité théorique et pratique de médecine et de chirurgie, par L.-CH. ROCHE, membre de l'Académie de médecine; J.-L. SANSON, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris; A. LENOIR, chirurgien de l'hôpital Necker, professeur agrégé de la Faculté de médecine. *Quatrième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1844, 5 vol. in-8 de 700 pages chacun. 36 fr.

**ROESCH.** **De l'abus des boissons spiritueuses,** considéré sous le point de vue de la police médicale et de la médecine légale. Paris, 1839. in-8. 3 fr. 50

**ROUBAUD.** **Traité de l'impuissance et de la stérilité** chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier, par le docteur FÉLIX ROUBAUD. Paris, 1855. 2 vol. in-8 de 450 pages. 10 fr.

**ROUBAUD.** **Des Hôpitaux,** au point de vue de leur origine et de leur utilité, des conditions hygiéniques qu'ils doivent présenter, et de leur administration, par le docteur F. ROUBAUD. Paris, 1853, in-12 3 fr.

**SAINT-HILAIRE.** **Plantes usuelles des Brésiliens,** par A. SAINT-HILAIRE, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Institut de France. Paris, 1824-1828, in-4 avec 70 planches. Cartonné. 36 fr.

**SAINTE-MARIE.** **Dissertation sur les médecins poëtes.** Paris, 1835, in-8. 2 fr.

**SALVERTE.** **Des sciences occultes,** ou essai sur la magie, les prodiges et les miracles, par Eusèbe SALVERTE. *Troisième édition*, précédée d'une introduction par Émile LITTRÉ, de l'Institut. Paris, 1856, 1 vol. grand in-8 de 550 pages. 7 fr. 50

**SANSON.** **Des hémorrhagies traumatiques**, par L.-J. SANSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, Paris. 1836, in-8, figures coloriées. 4 fr.

**SANSON.** **De la réunion immédiate des plaies**, de ses avantages et de ses inconvénients, par L.-J. SANSON. Paris, 1834, in-8. 2 fr.

**SAPPEY.** **Recherches sur la conformation extérieure et la structure de l'urèthre de l'homme.** par Ph.-C. SAPPEY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1854, in-8. 2 fr. 50

**SCANZONI.** **Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme,** par le docteur F.-W. DE SCANZONI, professeur d'accouchements et de gynécologie à l'Université de Wurzbourg, traduit de l'allemand sous les yeux de l'auteur, avec des notes, par les docteurs H. DOR et A. SOCIN. Paris, 1858, 1 vol. grand in-8 de 560 pages, avec figures. 8 fr.

**SÉDILLOT.** **De l'infection purulente,** ou Pyoémie, par le docteur Ch. SÉDILLOT, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, etc. Paris, 1849. 1 vol. in-8, avec 3 planches coloriées. 7 fr. 50

**SEGOND.** **Histoire et systématisation générale de la biologie,** principalement destinées à servir d'introduction aux études médicales, par le docteur L.-A. SEGOND, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1851, in-12 de 200 pages. 2 fr. 50

**SEGUIN.** **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots** et autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles, muets non-sourds, bègues, etc., par *Ed. Séguin*, ex-instituteur des enfants idiots de l'hospice de Bicêtre, etc. Paris, 1846. 1 vol. in-12 de 750 pages. 6 fr.

**SERRES.** **Recherches d'anatomie** transcendante et pathologique; théorie des formations et des déformations organiques, appliquée à l'anatomie de la duplicité monstrueuse, par E. SERRES, membre de l'Institut de France. Paris, 1832, in-4, accompagné d'un atlas de 20 planches in-folio. 20 fr.

**SICHEL. Iconographie Ophthalmologique**, ou Description et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par le docteur J. SICHEL, professeur d'ophthalmologie, médecin-oculiste des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, etc. 1852-1859. OUVRAGE COMPLET, 2 vol. grand in-4 dont 1 volume de 840 pages de texte, et 1 volume de 80 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées avec le plus grand soin, accompagnées d'un texte descriptif. 172 fr. 50

Cet ouvrage est complet en 23 livraisons, dont 20 composées chacune de 28 pages de texte in-4 et de 4 planches dessinées d'après nature gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau, avec le plus grand soin, et 3 livraisons, (17 bis, 18 bis et 20 bis de texte complémentaires). Prix de chaque livraison. 7 fr. 50

On peut se procurer séparément les dernières livraisons.

Le texte se compose d'une exposition théorique et pratique de la science, dans laquelle viennent se grouper les observations cliniques, mises en concordance entre elles, et dont l'ensemble formera un *Traité clinique des maladies de l'organe de la vue*, commenté et complété par une nombreuse série de figures.

Les planches sont aussi parfaites qu'il est possible; elles offrent une fidèle image de la nature; partout les formes, les dimensions, les teintes ont été consciencieusement observées; elles présentent la vérité pathologique dans ses nuances les plus fines, dans ses détails les plus minutieux; gravées par des artistes habiles, imprimées en couleur et souvent avec repère, c'est-à-dire avec une double planche, afin de mieux rendre les diverses variétés des injections vasculaires des membranes externes; toutes les planches sont retouchées au pinceau avec le plus grand soin.

L'auteur a voulu qu'avec cet ouvrage le médecin, comparant les figures et la description, puisse reconnaître et guérir la maladie représentée lorsqu'il la rencontrera dans la pratique.

**SIMON. Leçons de médecine homœopathique**, par le docteur Léon SIMON. Paris, 1835, 1 fort vol. in-8. 8 fr.

**SIMON (LÉON). Du traitement homœopathique des maladies vénériennes**, par le docteur LÉON SIMON fils. Paris, 1860, 1 vol. in-18 jésus. de 500 pages.

**SIMON (MAX). Hygiène du corps et de l'âme**, ou Conseils sur la direction physique et morale de la vie, adressés aux ouvriers des villes et des campagnes, par le docteur MAX SIMON. Paris, 1853, 1 vol. in-18 de 130 pages. 1 fr.

**SWAN. La Névrologie**, ou Description anatomique des nerfs du corps humain, par le docteur J. SWAN; *ouvrage couronné par le Collége royal des chirurgiens de Londres;* traduit de l'anglais, avec des additions par E. CHASSAIGNAC, D. M., accompagné de 25 belles planches, gravées à Londres. Paris, 1838, in-4, cart. 24 fr.

**TARDIEU. Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité**, ou Répertoire de toutes les Questions relatives à la santé publique, considérées dans leurs rapports avec les Subsistances, les Épidémies, les Professions, les Établissements et institutions d'Hygiène et de Salubrité, complété par le texte des Lois, Décrets, Arrêtés, Ordonnances et Instructions qui s'y rattachent, par le docteur Ambroise TARDIEU, professeur agrégé de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre du Conseil consultatif d'hygiène publique. Paris, 1852-1854. 3 forts vol. grand in-8. 24 fr.

*Ouvrage couronné par l'Institut de France.*

**TARDIEU. Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs**, par le docteur A. TARDIEU, professeur agrégé de médecine légale à la Faculté de médecine, etc. *Troisième édition*. Paris, 1859. In-8 de 188 pages, avec 3 planches gravées. 3 fr. 50

**TARDIEU. Études hygiéniques** sur la profession de **mouleur en cuivre**, pour servir à l'histoire des professions exposées aux poussières inorganiques, par le docteur Ambroise TARDIEU. Paris, 1855, in-12. 1 fr. 25

**TARDIEU. De la morve et du farcin** chronique chez l'homme, par le docteur AMBR. TARDIEU. Paris, 1843, in-4. 5 fr.

**TARNIER. De la fièvre puerpérale** observée à l'hospice de la Maternité, par le docteur STÉPHANE TARNIER, ancien interne lauréat des hôpitaux (Maternité 1856), lauréat de la Faculté de médecine, membre de la Société anatomique. Paris, 1858, in-8 de 216 pages. 3 fr. 50

† **TEMMINCK. Monographies de mammologie**, ou Description de quelques genres de mammifères, et dont les espèces ont été observées dans les différents musées de l'Europe, par C.-J. TEMMINCK. *Paris* et *Leyde*, 1827-1841, 2 vol. in-4 avec 70 pl. 50 fr.

Cet important ouvrage comprend dix-sept monographies, savoir: 1o genre Phalanger; 2o genre Sarrigue; 3o genres Dasyure, Thylacines et Phascogales; 4o genre Chat; 5o ordre des Chéiroptères: 6o Molosse; 7o Rongeurs, 8o genre Rhinolophe; 9o genre Nycticlepte; 10o genre Nyctophile; 11o genre Chéiroptères frugivores; 12o genre Singe; 13o genre Chéiroptères vespertilionides; 14o genre Taphien, queue en fourreau, queue cachée, queue bivalve; 15 genres Arctícte et Paradoxure; 16o genre Pédiculaire; 17 genre Mégère.

† **TEMMINCK et LAUGIER. Nouveau recueil de planches coloriées d'oiseaux**, pour servir de suite et de complément aux planches enluminées de Buffon, par MM. TEMMINCK, directeur du Musée de Leyde, et MEIFFREN-LAUGIER, de Paris.

*Ouvrage complet* en 102 livraisons. Paris, 1822-1838. 5 vol. grand in-folio avec 600 pl. dessinées d'après nature, par Prêtre et Huet, gravées et coloriées. 1000 fr.

Le même avec 600 planches grand in-4 figures coloriées. 750 fr.

Demi-reliure, dos de maroquin. Prix des 5 vol. grand in-folio. 90 fr.

— *dito* — Prix des 5 vol. grand in-4. 60 fr.

Acquéreur de cette grande et belle publication, l'une des plus importantes et l'un des ouvrages les plus parfaits pour l'étude si intéressante de l'ornithologie, nous venons offrir le *Nouveau recueil de planches coloriées d'oiseaux* en souscription en baissant le prix d'un tiers.

Chaque livraison composée de 6 planches gravées et coloriées avec le plus grand soin, et le texte descriptif correspondant. L'ouvrage est *complet* en 102 livraisons.

Prix de la livraison in-folio, figures coloriées, au lieu de 15 fr. 10 fr.

— grand in-4, fig. coloriées, au lieu de 10 fr. 50 7 fr. 50 c.

La dernière livraison contient des tables scientifiques et méthodiques. Les personnes qui n'ont point retiré les dernières livraisons pourront se les procurer aux prix indiqués ci-dessus.

**TENORE. Essai sur la géographie physique et botanique du royaume de Naples.** Naples, 1827. 1 vol. in-8. 4 fr 50

**TESTE. Le magnétisme animal expliqué**, ou Leçons analytiques sur la nature essentielle du magnétisme, sur ses effets, son histoire, ses applications, les diverses manières de le pratiquer, etc., par le docteur A. TESTE. Paris, 1845, in-8. 7 fr.

**TESTE. Manuel pratique de magnétisme animal.** Exposition méthodique des procédés employés pour produire les phénomènes magnétiques et leur application à l'étude et au traitement des maladies, par J.-A. TESTE, docteur en médecine de la Faculté de Paris. *Quatrième édition augmentée.* Paris, 1853. 1 vol. in-12. 4 fr.

**TESTE. Systématisation pratique de la matière médicale homœopathique**, par le docteur A. TESTE, membre de la Société gallicane de médecine homœopathique. Paris, 1853. 1 vol. in-8 de 600 pages. 8 fr.

**TESTE. Traité homœopathique des maladies aiguës et chroniques des enfants**, par le docteur A. TESTE. *Seconde édition* revue et augmentée. Paris, 1856, in-18 de 420 pages. 4 fr. 50

**THIERRY. Quels sont les cas où l'on doit préférer la lithotomie** à la lithotritie et réciproquement. Paris, 1842, in-8. 2 fr.

**THOMSON. Traité médico-chirurgical de l'inflammation**, par J. THOMSON, professeur de chirurgie à l'Université d'Edimbourg ; traduit de l'anglais avec des notes, par A.-J.-L. JOURDAN et F.-G. BOISSEAU. Paris, 1827. 1 fort vol. in-8. 4 fr.

**TIEDEMANN et GMELIN. Recherches expérimentales**, physiologiques et chimiques sur **la digestion** considérée dans les quatre classes d'animaux vertébrés, par F. TIEDEMANN et L. GMELIN ; traduites de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN. Paris, 1827. 2 vol in-8, avec grand nombre de tableaux. 10 fr.

**TIEDEMANN. Traité complet de physiologie**, traduit de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN. Paris, 1831. 2 vol. in-8. 7 fr.

**TOMMASSINI. Précis de la nouvelle doctrine médicale italienne**, ou introduction aux leçons de clinique de l'Université de Bologne, par le professeur J. TOMMASSINI. Traduit de l'italien, avec des notes, par Vander-Linden. Paris, 1822, in-8. 2 fr. 50

**TORTI (F.). Therapeutice specialis ad febres periodicas perniciosas** ; nova editio, edentibus et curantibus C.-C.-F. TOMBEUR et O. BRIXHE. D. M. Leodii et Parisiis, 1821. 2 vol. in-8, fig. 16 fr.

**TREBUCHET. Jurisprudence de la Médecine, de la Chirurgie et de la Pharmacie** en France, comprenant la médecine légale, la police médicale, la responsabilité des médecins, chirurgiens, pharmaciens, etc., l'exposé et la discussion des lois, ordonnances, règlements et instructions concernant l'art de guérir, appuyée des jugements des cours et tribunaux, par A. TREBUCHET, avocat, ex-chef du bureau de la police médicale à la Préfecture de police. Paris, 1834. 1 fort vol. in-8. 9 fr.

**TRÉLAT. Recherches historiques sur la folie**, par U. TRÉLAT, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. Paris, 1839, in-8. 3 fr.

**TURCK. De la vieillesse étudiée comme maladie** et des moyens de la combattre, par le docteur LÉOPOLD TURCK. *Deuxième édition*. Paris, 1854, in-8. 5 fr.

**TRIQUET.** Traité pratique des maladies de l'oreille, par le docteur E. H. TRIQUET, chirurgien et fondateur du Dispensaire pour les maladies de l'oreille, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, etc. Paris, 1857. 1 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte. 7 fr. 50

Cet ouvrage est la reproduction des leçons que M. Triquet professe chaque année à l'École pratique de médecine. Ces leçons reçoivent chaque jour leur sanction à la Clinique de son dispensaire, en présence des élèves et des jeunes médecins qui désirent se familiariser avec l'étude pratique des maladies de l'oreille.

**TROUSSEAU et BELLOC.** Traité pratique de la phthisie laryngée, de la laryngite chronique et des maladies de la voix, par A. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, et H. BELLOC, D. M. P.; *ouvrage couronné par l'Académie de médecine*. Paris, 1837. 1 vol. in-8, accompagné de 9 planches gravées. 7 fr.

— Le même, figures coloriées. 10 fr.

**VALLEIX.** Traité des névralgies, ou affections douloureuses des nerfs, par F.-L.-I. VALLEIX. (*Ouvrage auquel l'Académie de médecine accorda le prix Itard, de trois mille francs, comme l'un des plus utiles à la pratique*). Paris, 1841, in-8. 8 fr.

**VALLEIX.** Guide du médecin praticien, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées, par le docteur F.-L.-I.-VALLEIX, médecin de l'hôpital de la Pitié. *Quatrième édition*, revue, corrigée et augmentée par les docteurs P.-A. RACLE ET P. LORAIN. Paris, 1859-1860. 5 beaux volumes grand in-8 de chacun 800 pages. 45 fr.

Cet ouvrage est principalement destiné à tracer les règles du diagnostic et à diriger le praticien dans le traitement des maladies. Dans ce but, l'auteur non-seulement a exposé le diagnostic en détail, mais encore l'a résumé dans les tableaux synoptiques qui permettent de saisir d'un coup d'œil les différences les plus caractéristiques des diverses affections. Puis, arrivant au traitement, il l'étudie chez les anciens et les modernes, appréciant la valeur de chaque médication, citant les principales formules, exposant les procédés opératoires, donnant des ordonnances suivant les cas, en un mot alliant la thérapeutique à la pathologie, de manière qu'elles s'éclairent l'une l'autre.

Séparément les derniers volumes de la *première édition*. Prix de chaque. 3 fr.

**VALLEIX.** Clinique des maladies des enfants nouveau-nés, par F.-L.-I. VALLEIX. Paris, 1838 1 vol. in-8 avec 2 planches gravées et coloriées représentant le céphalématome *sous-péricrânien* et son mode de formation. 8 fr. 50

**VELPEAU.** Nouveaux éléments de médecine opératoire, accompagnés d'un atlas de 22 planches in-4, gravées, représentant les principaux procédés opératoires et un grand nombre d'instruments de chirurgie, par A.-A. VELPEAU, membre de l'Institut, chirurgien de l'hôpital de la Charité, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. *Deuxième édition entièrement refondue*, et augmentée d'un traité de petite chirurgie, avec 191 planches intercalées dans le texte. Paris, 1839. 4 forts vol. in-8 de chacun 800 pages et atlas in-4. 40 fr.

— Avec les planches de l'atlas coloriées. 60 fr.

**VELPEAU.** Traité complet d'anatomie chirurgicale, générale et topographique du corps humain, ou Anatomie considérée dans ses rapports avec la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire. *Troisième édition*, augmentée en particulier de tout ce qui concerne les travaux modernes sur les aponévroses, par A.-A. VELPEAU. Paris, 1837. 2 forts vol. in-8, avec atlas de 17 planches in-4 gravées. 20 fr.

**VELPEAU.** Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes naturelles ou accidentelles de l'économie animale, par A.-A. VELPEAU. Paris, 1843, in-8 de 208 pages. 3 fr. 50

**VELPEAU.** Manuel pratique des maladies des yeux, d'après les leçons de M. Velpeau, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, par M. le docteur G. JEANSELME. Paris, 1840. 1 fort vol. grand in-18 de 700 pages. 6 fr.

**VELPEAU.** Expériences sur le traitement du cancer, instituées par le sieur Vriès à l'hôpital de la Charité, sous la surveillance de MM. Manec et Velpeau. Compte rendu à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1859, in-8. 1 fr.

**VELPEAU.** Exposition d'un cas remarquable de maladie cancéreuse avec oblitération de l'aorte. Paris, 1825, in-8. 2 fr. 50

**VELPEAU.** De l'opération du trépan dans les plaies de la tête. Paris, 1834, in-8. 4 fr.

**VELPEAU.** Embryologie ou Ovologie humaine, contenant l'histoire descriptive et iconographique de l'œuf humain, par A.-A. VELPEAU, accompagné de 15 planches dessinées d'après nature et lithographiées avec soin. Paris, 1833. 1 vol. in-fol. 12 fr.

**VERNOIS** et **BECQUEREL**. **Analyse du lait des principaux types de vaches, chèvres, brebis, bufflesses**, présentés au concours agricole de 1855, par MM les docteurs Max VERNOIS et A. BECQUEREL, médecins des hôpitaux. Paris, 1857, in-8 de 35 p. 1 fr.

**VIDAL**. **Traité de pathologie externe et de médecine opératoire**, avec des Résumés d'anatomie des tissus et des régions, par A. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. *Quatrième édition*, entièrement refondue et considérablement augmentée. Paris, 1855. 5 vol. grand in-8 de 800 pages avec plus de 600 figures intercalées dans le texte. 40 fr.

Le Traité de pathologie externe de M. Vidal (de Cassis), dès son apparition, a pris rang parmi les livres classiques ; il est devenu entre les mains des élèves un guide pour l'étude, et les maîtres le considèrent comme le *Compendium du chirurgien praticien*, parce qu'à un grand talent d'exposition dans la description des maladies, l'auteur joint une puissante force de logique dans la discussion et dans l'appréciation des méthodes et procédés opératoires. La *quatrième édition* a reçu des augmentations tellement importantes, qu'elle doit être considérée comme un ouvrage neuf; et ce qui ajoute à l'*utilité pratique* du *Traité de pathologie externe*, c'est le grand nombre de figures intercalées dans le texte. Qui ne sait que ce qui frappe les yeux se grave plus facilement dans la mémoire? Ce livre est le seul ouvrage complet où soit représenté l'état actuel de la chirurgie.

**VIDAL** (de Cassis). **Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice**, injections vaginales et intra-vaginales. Paris, 1840, in-8. 1 fr. 50

**VIDAL**. **De la cure radicale du varicocèle** par l'enroulement des veines du cordon spermatique. *Deuxième édition*, revue et augmentée. Paris, 1850, in-8. 2 fr.

**VIDAL**. **Des hernies ombilicales et épigastriques**, Paris, 1848, in-8 de 133 p. 2 fr. 50

**VIDAL**. **Des inoculations syphilitiques**. Lettres médicales par le docteur VIDAL (de Cassis). Paris, 1849, in-8. 1 fr. 25

**VIDAL**. **Du cancer du rectum** et des opérations qu'il peut réclamer; parallèle des méthodes de Littre et de Callisen pour l'anus artificiel. Paris, 1842, in-8. 2 fr. 50

**VIMONT**. **Traité de phrénologie** humaine et comparée, par le docteur J. VIMONT, membre des Sociétés phrénologiques de Paris et de Londres. Paris, 1835, 2 vol. in-4, accompagnés d'un magnifique atlas in-folio de 134 planches contenant plus de 700 figures d'une parfaite exécution. Prix réduit, au lieu de 450 fr. 150 fr.

**VIREY**. **Philosophie de l'histoire naturelle**, ou Phénomènes de l'organisation des animaux et des végétaux, par J.-J. VIREY, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Paris, 1835, in-8. 7 fr.

**VIREY**. **De la physiologie** dans ses rapports avec la philosophie. Paris, 1844, in-8. 7 fr.

**VOISIN**. **De l'hématocèle rétro-utérine** et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin chez la femme, par le docteur Auguste VOISIN, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1859, in-8 avec une planche.

**VOISIN**. **Des causes morales et physiques** des maladies mentales, et de quelques autres affections nerveuses, telles que l'hystérie, la nymphomanie et le satyriasis; par F. VOISIN. Paris, 1826, in-8. 7 fr.

**WEBER**. **Codex des médicaments homœopathiques**, ou Pharmacopée pratique et raisonnée à l'usage des médecins et des pharmaciens, par George-P.-F. WEBER, pharmacien homœopathe. Paris, 1854, un beau vol. in-12 de 440 pages. 6 fr.

**WEDDELL** (H.-A.). **Histoire naturelle des quinquinas**. Paris, 1849. 1 vol. in-folio accompagné d'une carte et de 32 planches gravées, dont 3 sont coloriées. 60 fr.

**WURTZ**. **Sur l'insalubrité des résidus provenant des distilleries**, et sur les moyens proposés pour y remédier. Rapport présenté aux comités d'hygiène publique et des arts et manufactures. Paris, 1859, in-8. 1 fr. 25

**YVAREN**. **Des métamorphoses de la syphilis**. Recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler, et sur la syphilis à l'état latent, par le docteur P. YVAREN; précédées du Rapport fait à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1854, in-8 de 600 pages. 7 fr. 50

**ZIMMERMANN**. **La solitude** considérée par rapport aux causes qui en font naître le goût, de ses inconvénients et de ses avantages pour les passions, l'imagination, l'esprit et le cœur, par J.-G. ZIMMERMANN; nouvelle traduction de l'allemand, par A.-J.-L. JOURDAN; *nouvelle édition augmentée d'une notice sur l'auteur*. Paris, 1840. 1 fort vol. in-8. 3 fr. 50

---

† **LECTURES ON HISTOLOGY**, by J. QUEKETT. London, 1852-1854. 2 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte. 37 fr.

† **A PRACTICAL TREATISE ON THE USE OF THE MICROSCOPE**, including the different methods of preparing and examining animal, vegetable and mineral structures, by John QUEKETT, assistant conservator and demonstrator of minute anatomy at the Royal College of surgeons, avec planches et figures intercalées dans le texte. *Troisième édition, with additions.* London, 1855. 1 vol. in-8. 27 fr.

† **CRYPTOGAMIC BOTANY**, by Rev J.-M. BERKELEY. London, 1857, un beau volume in-8 illustré avec planches. 27 fr.

† **THE ANATOMY OF THE EXTERNAL FORMS OF THE HORSE**, by John GAMGEE. London, 1857, un volume in-8 avec 12 planches in-folio en partie coloriées.

† **PRINCIPLES OF PHYSICS AND METEREOLOGY**, by J. MULLER, professor of physics at the University of Freiburg. London, 1847. 1 vol. in-8, avec 2 planches coloriées et 530 figures intercalées dans le texte. 23 fr. 50

† **PRINCIPLES OF THE MECHANICS OF MACHINERY AND ENGINEERING**, by J. WEISBACH, professor of mechanics and applied-mathematics in the Royal mining-Academy of Freiberg. London, 1847-1848. 2 vol. in-8 avec un grand nombre de figures intercalées dans le texte. 52 fr.

† **MANUAL OF PRACTICAL ASSAYING**, by J. MITCHELL. London, 1854, in-8, avec 360 figures intercalées dans le texte. 27 fr.

† **CHEMISTRY IN ITS APPLICATIONS**, to the arts and to manufactures, by doctors F. KNAPP, RONALDS and RICHARDSON. London, 1855. 3 vol. in-8, avec un grand nombre de figures intercalées dans le texte. 105 fr.

† **ELEMENTS OF CHEMISTRY** including the applications of the sciences in the arts, by Th. GRAHAM. *Seconde édition* revue et augmentée. London, 1850-1857. 2 volumes in-8 de 630 pages avec figures dans le texte. 55 fr.

† **THE ARCHITECTURE OF THE HEAVENS**, by J.-P. NICHOL, professor of astronomy in the University of Glasgow, 9e édition. London, 1851, in-8, fig. 21 fr.

† **NATIVE RACES OF THE INDIAN ARCHIPELAGO**. PAPUANS, by G.-W. EARL London, 1853, in-8, avec 5 planches coloriées et 2 cartes. 13 fr

† **THE NATIVE RACES OF THE RUSSIAN EMPIRE**, by R.-G. LATHAM. London, 1854, petit in-8 avec une grande carte coloriée. 10 fr.

† **THE LONDON JOURNAL OF BOTANY**, containing figures and descriptions of such plants as recommend themselves by their novelty, rarity, history and uses; by sir W-J. HOOKER, director of the Royal botanic garden of Kiew. Londres, 1842 à 1847, 6 forts vol. in-18 avec 24 planches. 150 fr.

† **ICONES PLANTARUM**, or figures ad descriptions of new and rare plants selected from the herbarium, by J.-W. HOOKER. London, 1842-1848. 4 vol. in-8 avec 400 planches. Prix de chaque volume, avec 100 planches. 33 fr.

† **A NATURAL HISTORY OF THE MAMMALIA**, by C. R. WATERHOUSE, assistant of the British Museum. London, 1846-1848. Tome I. *Marsupiata*, T. II. *Rodentia*, publiés en 22 livraisons. Prix de chaque volume avec figures noires. 36 fr.
Avec figures coloriées. 44 fr.

† **ON THE DISEASES AND DERANGEMENTS OF THE NERVOUS SYSTEM** in their primary forms and in their modifications by age, sex, constitution, hereditary predisposition, excess, general disorder and organic diseases, by MARSHALL HALL, docteur en médecine. London, 1841, in-8 avec 8 planches. 20 fr.

† **ON THE DIFFERENT FORMS OF INSANITY**, in relatione to jurisprudence; by doctor J.-C. PRICHARD. *Seconde édition*. London, 1847, in-12. 6 fr. 50

† **ODONTOGRAPHY, A TREATISE ON THE COMPARATIVE ANATOMY OF THE TEEHT**, their physiological relations, mode of development and microscopic structure in the vertebrate animals, by Richard OWEN, membre de la Société royale de Londres, 1840-1845. *Ouvrage complet*, publié en trois parties, accompagné de 168 planches gravées, 2 vol. grand in-8. 160 fr.

---

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.



L41 Valleix, F.L.I.
V18 Guide du medecin
1860 praticien. 84616
v.3
NAME
DATE DUE

